

CRONICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL DE FARMACIA
 MEDICINA, CIRUGIA

Organo de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXV } LIMA, 30 DE NOVIEMBRE DE 1908 } N.º 478

El Método de Bier

Actualmente, en mi servicio del Hospital de Santa Ana, el Dr. Carlos Villarán, llegado hace poco de Europa y que me asiste en las labores quirúrgicas, trata por el método de Bier que vió repetidas veces poner en práctica en la propia clínica de su inventor, un caso de artritis aguda tibio-tarsiana. Hasta ahora el éxito parece pronto á coronar los esfuerzos de mi distinguido y entusiasta colaborador, pudiéndose prever ya la curación completa de nuestra enferma, sin rigidez articular ni claudicación alguna, resultado imposible de obtener en estos casos con el método ordinario de tratamiento, que exige la inmovilización del órgano inflamado en un aparato.

La artritis que tratamos es probablemente estreptocócica pues esta mujer acusa una infección puerperal reciente y tiene todavía secreción uterina purulenta. La prueba de esta aseveración no podemos darla porque todavía no ha sido hecho el examen bacteriológico de ese pus, por carecer el Hospital de Santa Ana de laboratorio apropiado, no obstante nuestros repetidos reclamos, viéndonos obligados cada vez que es indispensable, como en el presente caso lo hemos hecho, á solicitar por favor un examen

bacteriológico ó químico en el Instituto Higiénico Municipal ó en un gabinete privado. Precisa que en el día remedie ese defecto capital la Sociedad de Beneficencia.

El interés creciente que ha despertado el método del cirujano de Lausanne, su aplicación cada día más extensa en las afecciones quirúrgicas, lo han convertido en asunto práctico de primera importancia; por ello, aun cuando supongo á todos los lectores de "La Crónica Médica" al corriente de cuanto se refiere á este método nuevo, creo útil insertar junto con las reflexiones que me ha sugerido su estudio, las ideas principales contenidas en una importante nota del Prof. Moty de Val de Grace, publicada en "L'Echo Medical du Nord", (1) que resume los fundamentos principales que le sirven de base científica.

Nada nuevo hay bajo el sol. Esta afirmación tan frecuentemente justificada por los amantes de la historia de la medicina, es la que primero viene á nuestra memoria estudiando el método de Bier, su modo de acción y sus efectos inmediatos. Lo primero que el paciente experimenta al poco tiempo de llevar la venda elástica, que detiene parcial-

(1) L'Echo Medical du Nord", 4 de octubre de 1908.

mente la circulación de retorno en el miembro enfermo, es una disminución del sufrimiento, del dolor; puede conciliar el sueño, siente verdadero alivio. Pues bien, en nuestro bajo pueblo, en las serranías, escostumbre amarrar un hilo apretado por encima de la parte herida ó inflamada, el famoso hilo de cohete que el vulgo aplica con el objeto de *impedir que el mal avance*. Frecuentemente en los hospitales hemos encontrado enfermos portadores de heridas ó flegmones que llevaban dicha ligadura, y sólo con pesar, y por nuestras instancias, se dejaban seccionar ese hilo protector que seguramente les había prestado alivio en sus dolores; pero que nosotros, de acuerdo con las ideas hasta hace poco reinantes, considerábamos muy perjudicial á sus lesiones inflamatorias por ser factor de estrangulamiento. Esta práctica de ligar cerca de su raíz el miembro herido ó inflamado, que ha sido seguida por nuestro pueblo desde época inmemorial, data tal vez de los tiempos del imperio incaico, y debe haber tenido su origen en la observación de los hechos; revela en resumen un esbozo ó remedo del método modernísimo de Bier aplicado empíricamente por los antiguos peruanos y que la tradición conserva. Dejo á los eruditos y rebuscadores de antiguallas la tarea de encontrar el origen de esta costumbre popular entre los peruanos, me conformo con señalarla en obsequio á la frase que encabeza este párrafo.

Nada aparece más chocante con los principios que nos han legado nuestros antepasados sobre los dañosos efectos de la estrangulación en las heridas que la aplicación del método de Bier, pero las nociones nuevas sobre la fagocitosis y el papel que se da hoy á los *anticorps* en la resistencia del organismo á las infecciones locales, han modificado

considerablemente la patología general de la inflamación, y la audaz iniciativa de Bier adelantándose á la fisiología patológica ha creado un método nuevo, apoyado primero en la clínica y confirmado poco después por los trabajos de laboratorio.

Se plantea pues la cuestión de conciliar los hechos antiguos que habían conducido á considerar el estrangulamiento como una de las más temibles complicaciones de las heridas, con los hechos nuevos que parecen tener significación diametralmente opuesta. Para resolverla dejo la palabra al Prof. Moty, de cuyo texto, ya citado, tomo las ideas principales.

“Nadie pondría hoy en duda que el estrangulamiento inflamatorio, como la fiebre, es solamente una reacción defensiva del organismo contra una infección ú otra causa irritante que actúa sobre los tejidos vivos.”

“Si observamos lo que pasa en la marcha de un simple forúnculo, vemos evolucionar delante de nosotros el proceso del estrangulamiento, desde la hinchazón, la dilatación y la éxtasis vasculares, el calor local y el edema, hasta la fusión purulenta ó la necrosis de los tejidos, cuando los esfuerzos de la naturaleza ó de la terapéutica no han conseguido detener la infección en los primeros estados.”

“Pero que estos fenómenos, que no son otros que los de la inflamación, no hayan sido sino esbozados ó que hayan terminado por la gangrena de los tejidos inyectados, el resultado deseado se ha conseguido: la infección ha quedado local y no se ha propagado á todo el organismo como habría sucedido necesariamente si el agente infeccioso no hubiera sido rodeado por todas partes y aislado de los tejidos sanos por la reacción inflamatoria. Que la virulencia del estafilococo sea algunas veces tan agresiva, ó

la defensa del organismo tan débil que éste sucumba en una lucha desigual, después de desesperados esfuerzos, como en el flegmón submaxilar gangrenoso, no se comprueba menos las mismas fases características de la resistencia. Solamente cuando la infección se ha generalizado, el calor local se convierte en débil auxilio, y el organismo apela á la elevación de temperatura del cuerpo entero como un recurso supremo, demasiado á menudo ilusorio, á la verdad."

Haciendo abstracción de los casos desgraciados, dependientes en mayoría de taras orgánicas que paralizan la defensa, estamos en presencia de fenómenos clínicos que representan los diversos grados de un mismo proceso. Cuanto más seria es la infección mayor es el rigor del estrangulamiento que debe corresponderle. En su grado máximo este estrangulamiento va hasta la necrosis por aplanamiento y trombosis de todos los vasos aferentes por la compresión de los tejidos indurados que han atraído á sí innumerables leucocitos de los capilares vecinos.

No necesitamos llevar más lejos el análisis de los fenómenos del estrangulamiento para demostrar que es un procedimiento natural de defensa del organismo contra ciertos agentes infecciosos, pero esta defensa debe ser analizada más completamente, pues á su análisis se ligan los fundamentos del método de Bier y de muchos procedimientos quirúrgicos dirigidos contra las infecciones externas, intuitiva ó empíricamente, desde mucho antes de la era antiséptica.

El calor, uno de los elementos más eficaces de la defensa orgánica, que interviene bajo formas diversas: elevación espontánea del calor local y general; aplicaciones de cuerpos calientes, como cataplasmas, compresas calientes, etc., radiación del termo-cauterio á dis-

tancia en las úlceras atónicas; protección de las heridas por espesas capas de algodón, etc.; y de los climas cálidos; la termoterapia en general bajo sus diferentes formas.

El edema inflamatorio antes sindicado como un revelador de la supuración; que toma hoy importancia distinta, precisándose el papel que desempeña desde que se conoce la acción bactericida de los serums. Su desaparición coincidiendo con una agravación del estado general, es ordinariamente de mal pronóstico. No es dudoso que la acumulación de serosidad en la intermediación de una lesión séptica contribuye primero á limitar el foco, y á esterilizarlo después. Además la constitución biológica de la sangre se modifica en totalidad bajo la acción de los microorganismos infectantes, este líquido adquiere propiedades antibacilares, que la teoría de Ehrlich explica provisionalmente con la hipótesis del desarrollo de *anticorps* en el sérum.

La antigua teoría de la inflamación, de los abscesos y de las gangrenas necesita revisión; á la acción de los fagocitos hay que agregar la no menos importante de las serosidades orgánicas.

Los exudados no son idénticos al serum sanguíneo; tampoco hay identidad entre las serosidades inflamatorias y las que constituyen los edemas de los cardíacos. Todos estos asuntos requieren detenido estudio.

Resumamos con el Profesor Moty la evolución de los fenómenos reaccionales inflamatorios que se observan todos los días:

"En los casos simples, el calor local, la exudación serosa y la intervención de los glóbulos blancos bastan para hacer desaparecer la infección y todo entra en el orden después de algunos días; si la lesión primitiva es más seria, ó si un traumatismo nuevo ó cualquiera otra causa han

perturbado á la naturaleza en su obra, la inflamación se extiende; la exudación y el acumulo de glóbulos blancos aumentan, los tejidos son más ó menos vueltos al estado embrionario y desorganizados por las toxinas y fagocitos; los elementos celulares acumulados en un espacio demasiado estrecho, mueren y se desagregan en parte, mientras que los sobrevivientes flotan libres en la serosidad que se colecta en absceso rechazando las porciones de tejidos que no han sido destruidas, después, cuando el cirujano no interviene, el absceso se abre espontáneamente y deja escapar un pus vuelto con frecuencia aséptico bajo la acción bacteriolítica del serum derramado; después, la lesión se repara."

"Si la infección es todavía más grave, el mismo proceso se exagera y el estrangulamiento puede ir hasta la gangrena, que no difiere de la supuración sino por la intensidad, rapidez y exageración del esfuerzo reaccional que se extiende entonces á menudo á todo el organismo."

"A un grado de septicidad todavía más elevado ó á la decadencia previa del organismo asiento de la infección, se refieren las infecciones sobre agudas que franquean todas las barreras sin dejar á la defensa el tiempo de organizarse, ó que no son afrontadas por una reacción suficiente, como sucede en los traumatismos graves de los diabéticos. La gangrena que entonces se observa es principalmente tóxica, el déficit vascular no interviene sino en muy pequeña parte en su patogenia. Cuando, al contrario, los tejidos se esfacelan por exceso de compresión, en ausencia de toda infección, se trata de déficit vascular puro. Estos dos procesos coexisten ordinariamente en la inflamación."

Las gangrenas extensas por infección violenta eran atribuidas por

los antiguos exclusivamente al estrangulamiento, asimilándolas á las gangrenas por compresión mecánica, en las fracturas; de allí que hayan llegado á considerar siempre el estrangulamiento como complicación temible por compresión vascular, sin apercibir que este enemigo aparente podía ser al contrario un auxiliar precioso y fácilmente utilizable dirigiendo su influencia.

El método de Bier concuerda perfectamente con la concepción nueva de la inflamación; aumenta la hiperemia local dificultando, haciendo más lenta la circulación de retorno por un lazo constrictor elástico que comprime más ó menos las venas y los linfáticos superficiales según el grado de éxtasis que se juzga necesario, y produce en las reacciones naturales del organismo el grado de refuerzo correspondiente. "Lo que limita el grado de la éxtasis, es la necesidad de no comprometer la vitalidad de los tejidos por una compresión demasiado enérgica; pasa con el método de Bier lo que con el de Lister: una éxtasis demasiado completa es tan peligrosa como un antiséptico demasiado poderoso."

"La éxtasis sanguínea artificial tiene por primera consecuencia una exudación serosa abundante no sólo al nivel del foco inflamatorio, sino en toda la región sometida á su influencia; puede pues decuplar el esfuerzo de la naturaleza y este refuerzo se mide por el grado del edema y su duración. Se comprende que debe mantenerse el más largo tiempo posible la venda elástica aplicada en la raíz de los miembros, porque es evidente que cuanto más se prolongue el contacto del sérum derramado con los focos microbianos en evolución, más aumentará su poder antibacilar, y como este poder no se ejerce sobre los bacilos sino después de un tiem-

po de contacto variable con su virulencia, se obtendrá resultados tanto más rápidos á medida que el foco haya quedado más largo tiempo bajo la influencia de este sérum sensibilizado. Si se quita demasiado pronto el lazo elástico, el sérum se reabsorbe, se diluye en la masa de los líquidos que circulan en el organismo, y su actividad disminuyendo con su grado de dilución se vuelve casi nula. Se debe en consecuencia imitar á la naturaleza y proporcionar el grado de edema artificial y su duración á la gravedad de la infección. El valor del método se afirma particularmente en los flegmones de los miembros y cuando la aplicación de la venda elástica es casi continua.”

El profesor Bier nota una elevación de la temperatura por efecto de la éxtasis; esta elevación debe ser favorable, pues su acción según Moty sólo se ejerce á distancia del foco, la naturaleza ha tenido cuidado de provocarla espontáneamente en el punto directamente amenazado. Importa sin embargo comprobar de tiempo en tiempo que el miembro que se trata continúa más caliente que su congénere, lo que indica que no se ha exagerado la compresión elástica. El calor bajo cualquiera forma, dice M. Moty, podría ser aplicado con ventaja, junto con la éxtasis, en los casos graves.

En los flegmones extensos tratados por la éxtasis el pus de los abscesos es mucho más claro que el de las supuraciones abandonadas á sí mismas y contiene menor número de glóbulos y más sérum, lo que confirma las ideas actuales que hacen jugar á los serums el papel principal en la defensa del organismo contra la infección.

El alivio que sienten los enfermos en el momento de aparición del edema artificial que produce el lazo constrictor de Bier, debe atribuírse á la dilución de las toxinas por

el exudado y á la disminución consiguiente de su acción irritante sobre las extremidades nerviosas sensitivas, fenómeno que compara Moty al que se presenta en las picaduras de avispa.

Tales son las principales ideas que emanadas del concepto moderno de la inflamación, vienen á dar apoyo científico al método de Bier, armonizándolo en su mecanismo con el procedimiento que la naturaleza sigue para defenderse de las infecciones, que la éxtasis artificial refuerza y activa, facilitando así la tarea defensiva del organismo.

E. BELLO.

TRABAJOS NACIONALES

Algunas consideraciones sobre un caso de Estómago Bilocular

POR

Constantino J. Carvallo y Carlos Monge M.

Ayudantes del Anfiteatro Anatómico de la Facultad de Medicina de Lima

(Continuación)

Datos Históricos

Casi todos los tratados de Anatomía refieren algunos casos de estómagos biloculares.

Creemos de utilidad señalar la relación é interpretación que ya desde el año 1764 y aún desde antes, se daba al estómago bilocular.

El doctor Martín Martínez, en su “Tratado de Anatomía completa del hombre con todos los hallazgos, nuevas doctrinas y observaciones raras hasta el tiempo presente y muchas advertencias necesarias para la Cirugía”, nos dice: “También ha habido monstruosidades en su número, pues, aunque, naturalmente es uno en los hom-

bres, Gerardo Blasio, observó dos estómagos en un cadáver". Y luego agrega: "Cuenta Juan Rodio, que cierto monje en Padua, rumiaba con gran deleite el alimento, por lo cual los médicos discurrían análogicamente, que tendría á lo menos dos estómagos, hasta que Francisco Plasco que disecó su cadáver, no halló más particularidad que el esófago muy carnososo; también refiere que tenía como dos pitones ó pequeñas astas, indicio de otra nueva analogía con los rumiantes" (1).

El anatomista Meckel, dice al tratar de la biloculación estomacal, que en algunos estómagos biloculares, la estrechez puede variar, entre media y cinco pulgadas. Manifiesta también que "Fleischmann, ha encontrado una estrechez provista de una válvula; faltando la correspondiente al orificio pilórico; parecía que la válvula se hubiera trasportado". Refiere, además, el caso de un niño, en el que la bolsa pilórica estaba mucho más desarrollada que la cardíaca (2).

Muy interesante, aunque ajená á la anomalía de que tratamos, pero de utilidad por las deducciones que pueden hacerse sobre la causa de esta anomalía, es la cita de Ollivier (3). "Habiendo Billard autopsiado á un individuo que murió de accidente, encontró que su membrana mucosa gastro-intestinal, formaba numerosos pliegues que dejaban entre sí espacios irregularmente cuadriláteros: aspecto muy parecido al de la membrana interna del segundo estómago de los rumiantes." Observaciones tan

importantes como las que citamos, fueron hechas también por Broca y otros autores.

Sandifort refiere un caso, y nos adelanta la opinión de ser congénito.

Cruveihier (4), nos habla también del estómago bilocular.

Observaciones análogas refieren Sappey y muchos anatomistas distinguidos. En cambio, otros como Cloquet, Vulpian, Bichat no dicen nada al respecto.

Salvatore Castellani, cita el caso de Betz, que pudo reconocerlo porque al examinarlo, sintió una corriente gaseosa que pasaba de una cavidad á la otra. Cree, además, que la relación en que se encuentran los estómagos biloculares congénitos con los adquiridos, es de 89 por 43.

Morgagni, (5) refiere el caso de una mujer que padecía de un tumor muy sensible al tacto. En la autopsia, se encontró el estómago bilocolado. Además, cita seis casos más, en mujeres también, que habiendo muerto de distintas enfermedades, en la autopsia se encontró la misma anomalía.

I. Geoffroy de St. Hilaire, (6) dice: "que la disposición bilocular, es la corriente en un gran número de animales y también en el embrión humano, así como resulta de las minuciosas observaciones de M. Sevres."

Jaccoud, (7) dice: "Pigné ha referido un caso de estómago bilocolado en un feto anancéfalo". Y agrega además que "esta anomalía no puede resultar sino de la fusión de dos yemas primitivas, mo-

(1) Doctor Martín Martínez, 1764. "Anatomía completa del hombre, con todos los hallazgos, nuevas doctrinas y observaciones raras, etc." pág. 99. (Biblioteca Nacional).

(2) Meckel. "Manual de Anatomie Descriptive". t. III, pág. 429.

(3) Ollivier. "Dictionnaire de Médecine ou Répertoire Général des Sciences Médicales". t. XII, pág. 264.

(4) Cruveihier, obra citada.

(5) Morgagni. "Recherches d'Anatomie sur le siège des les causes des maladies". 1821, t. III-IV, págs. 438 y 1546.

(6) I. G. de St. Hilaire. "Histoire Générale et Particulière des anomalies de la organisation chez l'homme et les animaux," t. II, pág. 288.

(7) J. Jaccoud. "Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie", t. XIV, pág. 449.

dificadas después por otros detalles teratológicos; esta forma recuerda el estómago de los rumiantes y de los cetáceos herbívoros".

Pero es solo en los últimos años que encontramos trabajos detallados y completos sobre el estómago bilocular.

El Prof. Tuffier, en su obra titulada "Chirurgie de l'Estomac" se ocupa de él y le dedica dos capítulos extensos (8).

El doctor Rodolfo Lemos, jefe de la Clínica Médica de la Facultad de Buenos Aires, presentó en el año 1906, un trabajo sobre un caso de estómago bilocular. La enferma fue tratada por él y curó. Posteriormente, ha presentado otro, insistiendo sobre su observación anterior. Llega á conclusiones muy interesantes, demostrando su diagnóstico de biloculación por espasmo nervioso con alteración secretoria (9).

El doctor Luis Vargas Salcedo, (10) Prosector de Anatomía en Chile, en un artículo titulado "Conocimientos actuales sobre la historia y sintomatología del estómago bilocular" hace una relación histórica y sintomática de esta disposición anatómica anormal. Su trabajo lo llama complementario de su tesis de Licenciado en Medicina y Farmacia; en él describe 14 casos de estómago biloculares encontrados en autopsias. Este trabajo no lo hemos podido conseguir; sus conclusiones se hallan consignadas en "La Tribuna Médica de Chile". De ellas tendremos que ocuparnos después; anticiparemos que cita un caso de estómago trilocular.

Los SS. Delamare y Dieulafé, (11)

(8) Tuffier. Obra citada.

(9) Doctor Lemos. "Círculo Médico Argentino". No. I, 1907.

(10) Doctor L. V. Salcedo. "Tribuna Médica de Chile". Año I, No. 17, pág. 463.

(11) "Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris", t. VIII, N. 6, juin 1906

han presentado á la Sociedad-Anatómica de París un caso de estómago de tendencia bilocular en un recién nacido; llegando á una conclusión favorable á la teoría de la biloculación congénita.

El prof. Tuffier (12) en un artículo publicado en "La Presse Médicale" y dedicado al empleo de los rayos Roentgen en el examen del estómago nos hace ver la posibilidad de diagnóstico, empleando este procedimiento. Cita un caso en una mujer.

A. Mayo Robson, (13) cirujano inglés, refiere sus intervenciones en los casos de estómago bilocular, sobre un total de 17 casos.

H. Hartman, (14) cita dos casos de estómago bilocular adquiridos, operados por M. Jaenne (de Rouen.) Tuffier, refiriéndose á la comunicación de Hartmann, opone á la biloculación adquirida, la fisiológica; hace ver los errores de diagnóstico á que pueden inducir los Rayos Roentgen, toda vez que aún los estómagos sanos pueden aparecer como biloculados.

Chabrié, (16) en su tesis sobre los estómagos de origen bilocular, puramente muscular, cita varios casos. Los de naturaleza cicatricial han sido objeto también de diferentes trabajos entre otros, las tesis de Perret, 1896 y de Guillermon, 1899. Jonnesco y Charpy, (17) dedican igualmente un capítulo en la obra de "Anatomie Humaine" de P. Poirier y A. Charpy. Bettmann, 1898, se ocupa en su

(12) Tuffier, La "Presse Medicale", 1907 N.º 100, pág. 805.

(13) A. Mayo Robson. Brist. med. Journal", 1906, 17 Nov., No. 2394, pág. 1365.

(14) H. Hartmann. "La Presse Medicale" 1907, No. 54, pág. 431.

(16) Chabrié. "Thèse du doctorat", 1894. Toulouse.

(17) Jonnesco et Charpy. Obra citada, t. V, pág. 208.

tesis, sobre las irregularidades de conformación.

El prof. L. Testut, (18) presenta un hermoso ejemplar, manifestando haberlo observado en un hombre de 67 años y otros en dos mujeres.

Por la significación que tiene, no podemos resistirnos á trasladar en estos apuntes, la relación de un estómago en reloj de arena, consignado en la "Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale" citado por Búdingen Konrad, titulado "Zur Pathologie und Therapie der Sandnurmagen". El autor tuvo ocasión de observar un tumor espasmódico del esfínter del antro pilórico. Era la primera vez que observaba una afección de este género. La enferma tenía 42 años, hacía ocho que sufría del estómago, no podía tomar líquidos sin ser presa de vómitos violentos; á menudo sufría cólicos estomacales. Habiendo sorprendido el ruido de un líquido que pasaba de una cavidad á otra, se hizo el diagnóstico de estómago bilocular. Se practicó una laparotomía; se destruyó una pequeña adherencia del píloro al epiplón; no se encontró el estómago bilocular. Únicamente en la parte media de la curvatura mayor, se encontró una cicatriz en forma de T. Bien pronto se vio un fenómeno singular, el estómago comenzó á contraerse, produciéndose al nivel de la cicatriz una contracción tan violenta, que el estómago se dividió en dos bolsas separadas por un istmo de dos traveses de dedo, máximun. Al mismo tiempo se sentía á este nivel un sólido tumor. Las contracciones cesaron, para reaparecer momentos después. Se hizo entonces una gastro-enterostomía retro-cólica posterior, desembocando el yeyuno en

la bolsa cardíaca; en seguida se hizo una gastropexia" (19).

Hochenegg, (20) refiere el caso de un individuo operado por úlcera del estómago y en el que se encontró éste bilocular.

M. A. Wólfler (21) cita un caso análogo al anterior, operado por él y que curó.

G. Pouchet, (22) en su tesis "De l'estomac biloculaire et son traitement chirurgical", estudia la anatomía patológica y el tratamiento; cita varios casos de estómagos biloculares.

La doctora Gaches Sarrante, (23) en un artículo sobre el "Étude du corset au point de vue de l'hygiène du vêtement de la femme", dice que el corsé, muy apretado en las mujeres puede producir la deformación en reloj de arena y cita un caso de Chabrié.

Eischort, (24) cita un caso en el que "Stokes los describe como una incisura profunda en el medio del estómago, en una mujer que jamás sufrió de él, no dando lugar á trastornos". Dice que es de la variedad congénita.

En el Museo Dupuytren existen dos moldes en cera de estómagos biloculares, signados con los números 58 y 59 y que sirvieron á M. Berard para una disertación sobre este tema (25).

Perret, (26) en 1899, estudia

(19) Búdingen Konrad. "Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale"

(20) Hochenegg. "Revue de Gynecologie, etc". t. II, No. 5, pág. 99.

(21) M. A. Wólfler, "La Semaine Médicale", 1895, No. 43, pág. 420

(22) G. Pouchet. "Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale", t. XI, No. 3, pág. 543. 1907.

(23) Doctora Gaches Sarrantes, "Revue Médico Chirurgical". 1905. 25 de Julio. pág. 359.

(24) Doctor Hermann Eischort. "Traité de Pathologie Interne et de Thérapeutique", 1889.

(25) Citado en la "Tribuna Médica", año I, No. 17.

(26)—Id. Id. id.

(18) L. Testut. Obra citada, t. IV, pág. 106.

con muchos detalles y observaciones anatómicas y 10 observaciones clínicas, donde interviene quirúrgicamente. Estos son los primeros casos operados.

Como se vé por los detalles que acabamos de apuntar, en todos los países sehan descrito muchísimos casos de esta curiosa anomalía. Es, sobre todo, en los últimos años que en todos los periódicos de Medicina, se encuentran, puede decirse, cada día, la relación de ellos.

Teorías sobre la biloculación

BILOCULACIÓN CONGÉNITA.—Muy distintas causas pueden originar la biloculación estomacal. Sin embargo, por ser esta anomalía rara y procediendo sólo bajo un punto de vista, los diferentes autores se han hecho solidarios con la teoría que les parecía interpretar más de de cerca su hallazgo. Sin tener en cuenta nada más que la observación personal y haciendo poco caso de otras investigaciones muy importantes y concluyentes, mayor parte de los que se han ocupado de este asunto, se han empeñado calurosamente en considerar las distintas formas de biloculación estomacal como resultantes de una sola causa. Hoy en poder de mayor número de datos creemos que puede establecerse una verdadera clasificación.

Pero antes, examinemos las opiniones emitidas.

Unos creen que la biloculación puede ser congénita ó adquirida; otros niegan terminantemente la primera de estas formas; para unos la biloculación es sólo fugaz, para otros es permanente.

Sappey nos habla de que es debida á una "contracción muy enérgica y enteramente fortuita de las fibras circulares correspondientes".

Para W. Brington (1), lo que se llama estómago en reloj de arena es "á veces un modo de ser congénito; pero más á menudo es una contracción última ó *rigor mortis* del estómago". Como vemos, sin incurrir en la exclusión de Sappey, admite la posibilidad de ser una disposición congénita. Agrega además que la insuflación puede hacer diferenciar ambas formas. Con todo, no estamos conformes con la explicación que dá. No acertamos á distinguir cómo una contracción pre-cadáverica pueda dar origen á una biloculación por *rigor mortis* y mucho menos encontramos el punto de partida de un tan singular reflejo.

Más verosímil y demostrativa nos parece la opinión de Kauffmann (2) quien haciendo el estudio de la contractilidad del estómago, por medio de inyecciones de fistostimina, ha comprobado que este órgano ofrece tres clases de contracciones peristálticas: circulares, longitudinales y oblicuas. De estas, las primeras en hacerse manifiestas, son las circulares que pueden originarse en cualquier punto, dando lugar en ciertos casos á "*verdaderas estrangulaciones*". Fácil es admitir entonces que la biloculación fugaz, hallada en un cadáver, no es sino la continuación de un momento fisiológico, sorprendido por la muerte; pero no el *rigor mortis* de Brington.

Para Chabrié, la biloculación congénita no existe é idénticamente opina M^{me}. Gacke-Sarrantés (3) quien para explicar las deformaciones del estómago por el abuso del corsé, dice: "Durante la di-

(1) W. Brington. "Maladies de l'Estomac", pág. 101.

(2) Kauffmann. "La Presse Medicale". 1907. No. 100.

(3) Doctora M^{me}. Gacke Sarrantés. "Revue Medico Chirurgical des Maladies de Femmes" XVII année, 25 de juillet, 1895. pág. 394.

gestión la parte anterior del estómago se aproxima á la pared abdominal; luego cuando la expulsión tiene lugar, la región pilórica se encuentra al nivel de la compresión. Entonces el estómago tiene que luchar y no estando este papel incluído en su funcionamiento, se fatiga; los alimentos permanecen más tiempo en su cavidad, sufren por este retardo fermentaciones anormales; se dilata y se deforma".

Delamare y Dieulafé en un caso parecido al nuestro, se declaran á favor de la biloculación congénita, atendiendo: 1.º á la ausencia de lesiones mucosas; 2º á la hipertrofia considerable de la capa muscular. Sutton niega esta clase de biloculación.

G. Pouchet (4) admite también que muy raramente es congénita. En cuanto á la biloculación adquirida opina que puede ser resultado en algunos casos, de un cáncer del estómago. A. Wolffer, acepta la biloculación congénita

Para el doctor Lemos (5) la biloculación puede reconocer una génesis más complicada. Cree posible que pueda obedecer á un engrosamiento ó á un espasmo muscular y señala la diferencia entre ambas. Dice: "Es necesario establecer la diferencia esencial que existe entre el estómago bilocular anatómico por engrosamiento muscular y la alteración fisiológica y patológica determinada por espasmo muscular". El primero puede existir sin producir enfermedad; el segundo produce una enfermedad real. El concluyente trabajo del doctor Lemos pone de manifiesto palmariamente la posibilidad de una biloculación por espasmo. Y si recordamos ahora los trabajos de Kauff.

(4) G. Pouchet, "L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical" "La Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale", t. XI, Nº 3, pág. 533, 1907.

(5) Doctor Lemos, obra citada.

man que acabamos de referir, tendríamos en suma que el espasmo muscular no sería sino la perversión de un acto fisiológico.

Tuffier últimamente ha aceptado que la biloculación del estómago puede ser congénita. Para este autor, la biloculación adquirida obedecería á causas intrínsecas ó extrínsecas: las primeras, debidas á cicatrices de úlceras; las segundas á adherencias. Entre estas últimas señala como de primer orden, la compresión por el ligamento suspensor del hígado, del lóbulo izquierdo del hígado ó de las costillas.

En cuanto á la variedad congénita, Tuffier hace notar que la estrechez es más apretada y no existen trazas de inflamación. La forma del estómago y sus paredes tienen apariencia normal.

El mismo cirujano admite también el estómago bilocular fisiológico, producido por un anillo de contracción y cuya existencia ha sido señalada por diversos autores.

Muy frecuente es la producción del estómago bilocular por úlcera. Eislberg lo ha encontrado siete veces en el curso de 150 operaciones sobre el estómago. Pero puede también, y algunos casos se han citado, encontrarse una úlcera en un estómago bilocular congénito.

Algunos piensan que se trate del desarrollo parcial del estómago; otros que son restos de lesiones estomacales del feto, curadas después del nacimiento.

Por lo que se refiere al desarrollo parcial del estómago, todos los casos que se citan son de estómagos bien desarrollados y si admitimos que pueden ser lesiones del feto, ¿dónde están las cicatrices?

Testut, sin negar que el corsé muy cerrado, puede producir la biloculación estomacal, se inclina á favor de la congénita. Y dice: "el surco separativo es siempre muy

ancho y la eminencia que determina en el interior del órgano es redondeada y también muy ancha. Además, nos explica la biloculación en los hombres".

Para Poirier el espesamiento de las fibras musculares obedecería no á su hipertrofia, como lo quiere Dielaufé y Delamare sino su apretamiento al nivel de la estrechez. Cree, además que no sea ingénito. Es debido á una contractura de las fibras musculares, sostenida continuamente por la irritación determinada por excitaciones exteriores; la presión del hígado, una brida piroteneal y las costillas, principalmente la sétima. Lo cierto es que no vemos el modo como ésta pueda presionar un estómago normal y aún dilatado, y mucho menos ser punto de partida de una contractura enérgica y continua sin determinar entonces lesiones irritativas que por lo que se refiere á nuestro caso, no existen. Hay algo más todavía para negar esta opinión. Dada la similitud de tejidos del estómago y de los intestinos ¿cómo es que no se encuentran en estos últimos, contracturas espasmódicas que los estrangulen, habiendo compresiones sobre ellos mucho más considerables?

Para Vargas Salcedo, la biloculación gástrica es debida á un espesamiento muscular congénito. El admite un aumento de las fibras musculares, sobre todo de las circulares, á nivel de la estenosis orificial. Algunas veces puede obturar por completo el orificio, de modo que incomunique las dos bolsas. En otros casos no sucede esto, y es lo que se observa con más frecuencia (6).

Tratándose de biloculación congénita, los individuos no experimentan ningún trastorno y esta es otra razón para admitirlo; del

que nuestro caso es un manifiesto ejemplo.

Por último, algunos autores han negado el estómago bilocular congénito, diciendo que es adquirido por espasmos que se repiten hasta producir un espesamiento de la musculatura gástrica, que se hace definitiva ó por cicatrización de una úlcera antigua y curada. Naturalmente es difícil no encontrar en tales casos huellas de esta cicatriz, que por antigua que fuese, siempre dejaría un tejido más ó menos aparente.

Por lo que respecta al espasmo permanente, á pesar de que no creemos que una alteración patológica (porque el espasmo en todo caso lo es) pueda convertirse en una feliz disposición anatómica, de la que no se ha dado nunca ejemplo demostrable, sin embargo, podemos añadir todavía que, puesto que la biloculación congénita se ha observado hasta en el recién nacido, la ausencia de trastornos funcionales y anatómicos, nos dá más derecho para admitirlo congénito que adquirido (hablamos de nuestro caso) tanto más, cuanto que pensando así no forjamos hipótesis alguna.

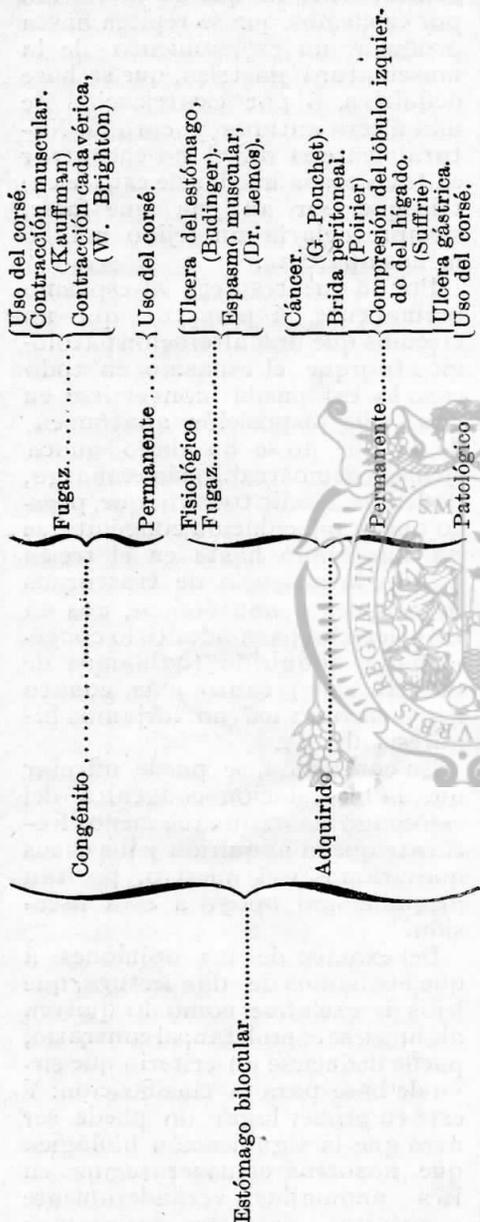
En conclusión, se puede afirmar que, la biloculación congénita del estómago existe aunque menos frecuente que la adquirida y los casos que citamos y el nuestro, prestan incondicional apoyo á esta aserción.

Del examen de las opiniones á que acabamos de dar lectura, que lejos de excluirse como lo quieren algunos, se completan; al contrario, puede deducirse un criterio que sirva de base para la clasificación: Y este en primer lugar no puede ser otro que la significación biológica que nosotros consideraremos en las anomalías verdaderamente congénitas, pues por decirlo así: las subdivisiones serán hechas con

(6) Dr. L. V. Salcedo, obra citada.

arreglo á las causas determinantes en cada caso particular.

Clasificación



Cabe preguntarnos ahora, ¿qué lugar ocupa en la clasificación que acabamos de establecer, el estómago que ha sido objeto de este estudio? Evidentemente que debe incluirse entre los congénitos.

Y lo consideramos por las siguientes razones:

a) Por no ser debida esta deformación al uso del corsé.

b) Por no deberse á una contracción fugaz, en uno de los momentos de contractilidad fisiológica del estómago, porque en tal caso está probado que por la insuflación, la biloculación desaparece, y en nuestro caso sucede lo contrario se dibujaban las cavidades con mayor claridad, como puede verse en las fotografías.

c) Por no haberse encontrado en él estos patológicos de ninguna índole: cicatrices de úlceras, tumores. I tampoco creemos que sea debido á un espasmo muscular, porque tal lesión significa alteraciones más ó menos profundas y en todo caso patológicas, que de ningún modo hubieran pasado desapercibidos en un individuo que ha llevado á los 80 años de edad. Y no debemos olvidar que, aunque carecemos de datos anamnésticos que nos hubieran permitido ser concluyentes; sin embargo, este hombre ha estado durante más de un mes en el Hospital y nunca se quejó de parte de su estómago.

d) Por no ser referible á una brida peritoneal ó á la presión del lóbulo izquierdo del hígado, que nada tenía que hacer como lo observamos, en la autopsia, en la topografía del estómago. Y mucho menos á la presión de una costilla en un individuo tan musculoso, perfectamente configurado y armónicamente desarrollado y en quien sus territorios anatómicos no tenían por que invadirse unos á otros.

e) Por estar en todo conforme

con las conclusiones de Delamare y Dieulafé, que tratándose de un estómago bilocular en un recién nacido heredo-sifilítico, se declaran á favor de la biloculación congénita teniendo en cuenta: 1º La ausencia de lesiones mucosas; 2º el engrosamiento muscular considerable á nivel de la estenosis (1).

(Continuará.)

Las epidemias amarílicas de Lima

APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA
FIEBRE AMARILLA EN AMÉRICA

por el doctor

ROMULO EYZAGUIRRE

(Continuación)

Según el cuadro estadístico del Cementerio General, se sabe que fueron inhumados, víctimas de la fiebre amarilla, 422 sujetos, y como 244 procedían del lazareto, 27 del hospital de Santa Ana, y 16 del de San Andrés, lo que forma un total de 287, es claro que 135 cadáveres eran de personas no hospitalizadas, es decir de los asistidos en sus propios domicilios. Si ahora suponemos que entre estos no hospitalizados, ocurriera la misma mortalidad que entre los que se asistieron en los establecimientos de la Beneficencia, es decir, 38.20 por ciento, entonces á 135 muertos corresponde un total de 354 enfermos, lo que hipotéticamente arroja para Lima, un total de un millar de enfermos sobre poco más ó menos, cifra algo menor que la décima parte del probable guarismo de amarílicos que aconteció en 1868.

(1) Delamare et Dieulafé.—“Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris”. T. VIII, No. 6, pág. 467

El señor Fernando Cavero, autor del cuadro estadístico del Cementerio General en 1869, hace en él la comparación siguiente respecto de las defunciones.

1856: hombres 533, mujeres 267, párvulos 99, total 869.

1868: hombres 2,888, mujeres 1,251, párvulos 306, total 4,445.

1869: hombres 289, mujeres 109, párvulos 24, total 422.

Terminó el año 1869, y con él pasaron tal vez para siempre las epidemias amarílicas de Lima. En años que en seguida enumeraremos, volvieron á presentarse algunos casos de tífus icteroides, de los que sólo unos cuantos fueron propios de Lima, los demás procedían del Callao, de algunos puntos de la costa norte, que también tuvieron la fiebre, y de Guayaquil y Panamá; pero aún considerados en su cifra total, no llegaron á elevarla de tal modo que pudiera estimársela como representante de nueva epidemia.

Se recuerda que en 1872 el doctor José Anselmo de los Ríos observó un amarílico en la calle de Toval. Este caso fue reputado como tal por los prácticos de aquel año; pero como esto aconteciera en un niño recién llegado de la sierra, el concepto etiológico actual hace suponer que lo que padeció el enfermo del Dr. Ríos no fue la fiebre amarilla, dada la condición de ser este niño el primero que la tuvo en Lima.

En 1875, los doctores José Mariano Macedo y José Lino Alarco, asistieron en la calle de Santo Toribio, hacia el mes de junio, á un mayordomo de la hacienda Zapán, de donde vino enfermo, habiéndose diagnosticado la fiebre amarilla en el dicho sujeto.

En 1877 ocurrieron algunos casos propios ó importados de tífus icteroides; pero los clínicos de esa época debatieron mucho la cuestión, que al fin parece quedó deci-

dida por la afirmativa. Así en el Callao como en Lima, en la práctica civil y en los hospitales, hubo ocasión de que los prácticos de aquel año observaran casos que según ellos, parecían bien de fiebre amarilla; esta opinión fue apoyada por los doctores Odriozola, Sandoval, los dos Macedo, Arosemena, Alarco L., Espinoza, Puente J. M. y Olaechea, y negada por algunos, entre los que sobresalió por su tenacidad y bríos, el Dr. Santiago Távara, médico titular del Callao, y á quien hizo oposición también tenaz, el doctor Manuel Adolfo Olaechea.

No se volvió á tener conocimiento de casos de fiebre amarilla hasta 1883, pero completamente diseminados, muy raros y con más seguridades de importados, que de propios de la ciudad de Lima, arrojando una suma de 27 inhumaciones, de las que, 24 fueron de sujetos procedentes del Lazareto del Refugio sobre un total de 42 enfermos. La existencia de la fiebre amarilla en las costas del norte, y posteriormente en algunos puntos de la nuestra, entre Paita y el Callao, tuvo fácil medio de ingreso hasta Lima; con las tropas chilenas de ocupación, que en esos tiempos se movilizaban con harta frecuencia; entre algunas poblaciones del norte y Lima, de modo que se tuvo un cómodo vehículo, en un estado de cosas completamente anómalo, que las tropas enemigas no supieron evitar, sufriendo ellas mismas serio estrago, pues la comunicación entre los lugares epidemiados y el Callao, continuó libre; y aún en 1884, cuando el ejército chileno había desocupado el territorio, y existiendo en ese tiempo fiebre amarilla en Guayaquil y algunos puertos del norte de nuestro litoral, la comunicación con dichos lugares no fue prohibida sino momentáneamente, "permitiéndose la libre entrada á los buques proce-

dentos de ellos, lo que fue causa de que en el Callao y en esta capital, apareciesen casos de fiebre amarilla, algunos de ellos contraídos en las mencionadas localidades". — ("Monitor Médico", 1885, pág. 41.)

Con tanta facilidad de motivos, no es en modo alguno extraño que hacia marzo de 1884, ya se tuviera algunos casos de tífus icteroides de diagnóstico incómodo, pues por ese tiempo también se conoció casos de fiebre remitente biliosa, algunos de los cuales fueron observados por los doctores Matto y Flórez, dificultándose con la presencia de esta última enfermedad, la profilaxia de aquellos tiempos, por muy insegura que ella parezca mirada hoy, desde el punto de vista de nuestra época actual. Con tales acontecimientos, la municipalidad estableció las visitas domiciliarias, dispuso se hiciera algunos estudios sobre aguas y desinfecciones, y por otra parte se ordenó arreglar el lazareto en previsión de cosas, adoptándose el procedimiento de las fumigaciones en los domicilios particulares. La Junta Municipal de Sanidad, que en ese año estaba compuesta por los doctores José Casimiro Ulloa, Manuel R. Artola y Julio Becerra, dio pruebas de actividad, como puede verse en los informes mensuales al presidente de ella, y que se registran en el año primero de "La Crónica Médica". No eran muy atendidos los consejos de dicha Junta, pues en uno de sus informes que cada mes elevaba al municipio, se lamenta ella misma, de la poca constancia de las medidas que se eligieron como más conducentes á impedir el desarrollo epidémico de la fiebre amarilla, y aún presienten que la epidemia se realizaría á causa de la libre comunicación con los lugares infectados.

Entre todo lo publicado que he podido obtener en esta investigación de viejos acontecimientos, no

he hallado ningún documento que me enseñe la cifra total de defunciones por fiebre amarilla, y sólo los apuntes estadísticos del doctor Muñiz, y los informes de la Junta á que antes he aludido, muestran que en el primer trimestre hubo once defunciones, en abril ocho, en mayo siete, en junio ocho, en julio una, no acusándose ninguna otra en los meses restantes del año.

Esta poca tranquilidad de los ánimos, producida por los casos de fiebre amarilla de 1884, agravada por los recuerdos del desastre cosechado en 1868, era suficiente razón para producir una casi constante alarma, apenas entrado el año 1885, que con sus calores volvió á ser propicio para el desarrollo del tífus icteroides en forma epidémica tanto más justa esa inquietud, si se recuerda que en Guayaquil y también en Trujillo, donde en la estación oportuna, ya se conocía desde 1882. Hacia mediados de febrero ocurrieron en Lima dos casos sospechosos, después de unos cincuenta, más ó menos, que se habían registrado en los meses de junio, julio y setiembre del año anterior. Esta reunión de circunstancias puso en guardia así á las autoridades locales, como á las instituciones científicas; y la Comisión de epidemias de la Academia Nacional de Medicina, compuesta en 1885 por los doctores José Casimiro Ulloa, Manuel C. Barrios, Antonio Pérez Roca y Manuel R. Artola, en informe presentando á dicha academia, propuso las siguientes medidas para impedir el desarrollo de una epidemia amarilla, de acuerdo con las ideas reinantes en medicina de aquella época.

Estas ideas eran:

- 1º—"Incomunicación con los lugares donde existen casos de fiebre amarilla;
- 2º—"Cuarentenas de observación á las procedencias sospecho-

sas, é inspección y desinfección de las embarcaciones sujetas á dichas cuarentenas;

3º—"Vigilancia y reforma de las condiciones higiénicas de las localidades;

4º—"Un servicio higiénico facultativo y administrativo establecido con este objeto.

5º—"Aislamiento de los focos de enfermedad, sea por la asistencia de los epidemiados en un lugar especial (lazareto, hospital ó barraca) sea por el alejamiento de las personas que no sean los asistentes indispensables en las casas donde existe un epidemiado.

6º—"Empleo permanente de los desinfectantes en esos focos.

7º—"Desinfección de las habitaciones, muebles, vasijas y ropas de los epidemiados durante y después de su enfermedad y su muerte.

8º—"Precauciones higiénicas para el trasporte de los cadáveres que resulten de la epidemia.

9º—"Cremación de los cadáveres.

10º—"Desinfección obligatoria de las habitaciones en general, y en especial de los lugares públicos, por los medios más apropiados.

11º—"Establecimiento de los lazaretos en los lugares más adecuados conforme á lo prescrito en los artículos 63 y 90 del Reglamento General de Sanidad de la república."

En 25 de abril, un telegrama del doctor Távara, médico titular del Callao, comunicaba á la Academia de Medicina la existencia de dos casos indudables de fiebre amarilla en el puerto indicado, y entonces, sin demora alguna, los doctores José Mariano Macedo y Leonardo Villar, miembros de la Comisión especial de la dicha Academia, se dirigieron al Callao acompañados por el Secretario doctor Barrios, y allí se reunieron con los doctores Távara, Giraldez, Vélez, Benavides

y Maúrtua, constituyéndose todos al Hospital de Guadalupe, para reconocer á uno de los enfermos en cuestión, confirmando el diagnóstico del doctor Távara. Este enfermo era un sujeto procedente de Panamá que también había estado en Guayaquil; el segundo caso era una joven italiana residente en el barrio de Chucuito hacía ya once meses. Además de los dos enfermos señalados, los señores de la comisión tuvieron conocimiento por el doctor Basadre, de una joven asistida por él, que falleció de fiebre amarilla, domiciliada en la calle de la Pregonería de San Marcelo. El doctor Basadre fue llamado en 19 de abril, y supo que la paciente se había sentido febril desde la mañana del día 17, después de tres días que iba al Callao á bañarse en el mar.

La lenidad en el régimen cuarentenario, fue sobrada razón para que la fiebre amarilla mostrara su presencia con algunos casos, tanto en el Callao como en Lima, y si bien la mayoría de ellos era procedente de localidades epidemiadas, es indudable que su existencia misma podía provocar la producción de casos propios.

Algunas autoridades sanitarias, vista la presencia de esos casos de tifus icteroides, sostuvieron la inutilidad de las cuarentenas á buques de procedencia sospechosa ó con patente sucia, puesto que la enfermedad que se quería evitar, había hecho ya efectivamente su ingreso en el puerto del Callao. En los tiempos actuales de epidemia pestosa, y con riesgos de la amarílica, también se ha pretendido sostener por algunos una tesis semejante, pero así como en aquel tiempo la Junta de Sanidad Municipal de Lima resolvió la cuestión en sentido contrario, hoy día las Instituciones sanitarias también han resuelto la cuestión como aquella vez, es decir, por la interdicción con los lu-

gares epidemiados, salvada con la claytonización de las naves, en los puertos donde ésta pueda ejecutarse.

Ocurrió hacia junio de 1885, que uno de los vapores que navegan entre Panamá, Guayaquil y el Callao, trajo su patente sanitaria en forma sospechosa, y entonces la Junta de Sanidad del vecino puerto, no le permitió la entrada, y lo sometió á la respectiva cuarentena de observación.

El público profano y el comercio, apoyado por la prensa, creyeron injustificada la medida, lo que contribuyó á debilitar inconsideradamente las disposiciones profilácticas, alcanzando que dicha cuarentena no fuera cumplida, y se levantará antes de los cinco días, que es el mínimum señalado por el Reglamento General de Sanidad, y se quiso hallar ocasión para plantear nuevamente la utilidad de la estricta cuarentenaria, en lugares donde ya existe la enfermedad infecciosa que se trata de prevenir, y con este motivo la Junta de que hemos hablado, compuesta por los doctores Ulloa, Artola y Becerra, informó en contra de lo pretendido.

(Continuará.)

Callao, 22 de abril de 1907.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos: He tenido el gusto de prescribir á muchos enfermos y con muy buen éxito la Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao con hipofosfitos.

De Uds. atto. S. S.

M. CANTUARIAS Y LÓPEZ
Médico del Hospital de Guadalupe

Imp. de San Pedro - 41391