talada o los casos no llegaban en ese estado, recurríamos a la amputación del miembro o a amputaciones parciales del pie, cuando se trataba de gangrenas parciales y limitadas. La anestesia empleada corrientemente ha sido la raquianestesia y, en los casos graves y avanzados, la local. La amputación más corrientemente empleada ha sido en el tercio inferior del muslo, y en algún caso realizamos la amputación osteoplástica a expensas de la rótula.

Consideraciones sobre tres casos de cirugía de las vias urinarias.

Por los Doctores D. PRAT. A. LOUBEJÁC y Pract. BARBEROUSSE

Tres casos clínicos de cirugía de las vías biliares que, simultáneamente, han sido tratados en nuestra clínica del Hospital Pasteur, con características clínicas y anatomo-patológicas que consideramos interesantes, nos han inducido a presentarlos a la Sociedad de Cirugía de Montevideo.

He aquí las observaciones clínicas:

1.er caso: Colecistitis calculosa y pancreatitis concomitante en un páncreas en posición anormal.

Rosalía M. de P., italiana, casada, 36 años de edad.

Enfermedad actual: Se inicia hace tres días, con un cuadro agudo de vientre; bruscamente, con intensos dolores continuos en el epigastrio, irradiados al hipocondrio derecho y región escapular del mismo lado. Los dolores persistieron durante siete horas, calmándose únicamente y sólo en parte, después de una inyección de morfina. Vómitos biliosos. Tenesmo rectal, con defecación normal. Orinas muy oscuras ese mismo día. No ha tenido fiebre ni ningún otro trastorno, ni se ha notado ictérica.

Antecedentes personales: Menstruaciones siempre normales. Dos embarazos, el último hace tres años. Es en el quinto mes de este embarazo que siente por primera vez ese tipo de dolor que, visto por el médico, es interpretado como cólico hepático. Se repite a los dos meses y al año. Pasa un año bien. Hace dos meses fuerte cuadro agudo de vientre que, considerado como peritonitis de origen apendicular, obliga a la intervención (Dr. Artagaveytia). Se constata apéndice sano y la exploración vesicular no parece dar la seguridad de la existencia de cálculos. Alta a los siete días y tres días después, nuevo cuadro semejante, que exige su nueva hospitalización. Mejora, pero repitiéndose sus dolores, a pesar de hacer la enferma un riguroso tratamiento. Son esos intensos dolores los que motivan su ingreso a nuestro Servicio.

Examen: Nuestra enferma presenta un buen estado general. Apirética, sin ictericia, ni estado saburral de las vías digestivas. Corazón y pulmones normales.

El examen del vientre, salvo discreta defensa dolorosa en la región vesicular, es negativo. A la inspiración profunda, duele el punto vesicular.

Examen genital: negativo.

Exámenes de laboratorio:

Leucocitos 8.600.

Clasificación:	P. neutrófilos	80 %
	Eosinófilos	
	Basófilos	
	Grandes mononucleares	7 %
	Linfocitos	13 %

	Albúmina	
Orina	Glucosa	No contiene
	Pigmentos	

Acetona, urobilina y cromógeno: Contiene.
Urea en el suero sanguíneo: 0gr.35 0'00.
Wassermann, Kahn y Müller: Negativos.
Tiempo de coagulación:
Tiempo de sangría: 4' 30".

Radioscopía de estómago insuflado: Muestra un hígado de tamaño y forma normal.
Radiografía de vesícula con tetrayodo por ingestión: No se visualiza.
No fué posible hacer sondaje duodenal por falta de colaboración de la enferma.

En resumen: por los antecedentes, por las particularidades de su cuadro clínico, por la existencia de dolor vesicular, por su ligera retención biliar, por la colecistografía negativa, pensamos en colicistitis litiásica y convenientemente preparada es intervenida.

Operación.—Prof. Prat. Dr Loubejac. Pte. Barberousse.—Anestesia general, éter y Co^2. Incisión de Bevan. La vesícula grande distendida presenta algunas adherencias laxas al epiplón, que se desprenden. En seguida palpamos una tumoración de consistencia pétrea, alargada y situada entre la pequeña curvatura del estómago y el hígado. Explorada nos damos cuenta que se trata del páncreas, enormemente indurado y en situación anormal, situado por encima de la pequeña curva y no constatando, a pesar de buscarla detenidamente, que su cabeza ocupe la curva de las primeras porciones del duodeno; duodeno que vemos y exploramos en su localización normal, sin palparse ni verse el páncreas dentro del arco duodenal. En cambio, nos parece poder establecer que la cabeza del páncreas se aloja en el ángulo de la pequeña curvatura y borde superior de la primera porción del duodeno. Estas constataciones nos hicieron admitir que se trataba de una pancreatitis del cuerpo y de la cola, explorada hasta el pedículo esplénico, pero dada la disposición anormal bien pudiera ser una pancreatitis total (?). Punción y vaciamiento por aspiración y con cureta del contenido calculoso de la vesícula. Vesícula casi sana, mucosa normal. Sonda Pezzer descabezada, que se fija a la brecha del fondo con doble jareta. Cierre de la pared en tres planos sin dejar mecha.

Post operatorio normal. La sonda drena durante los primeros días unos 300 c.c.

diarios de bilis casi negra, que se aclara luego. Al mes de operada se saca la sonda, cuyo capuchón está lleno de calculines. Apenas salen unos gramos de bilis. Alta a los cuarenta y dos días con pequeña fístula. A los diez días de operada se sacó un colecistograma y colangiografía con yodinol Jenner, que adjuntamos. En ella se ve el colédoco estrangulado en su tercio inferior, con un estrecho desfiladero y fuertemente dilatado por encima (Fig. 1).

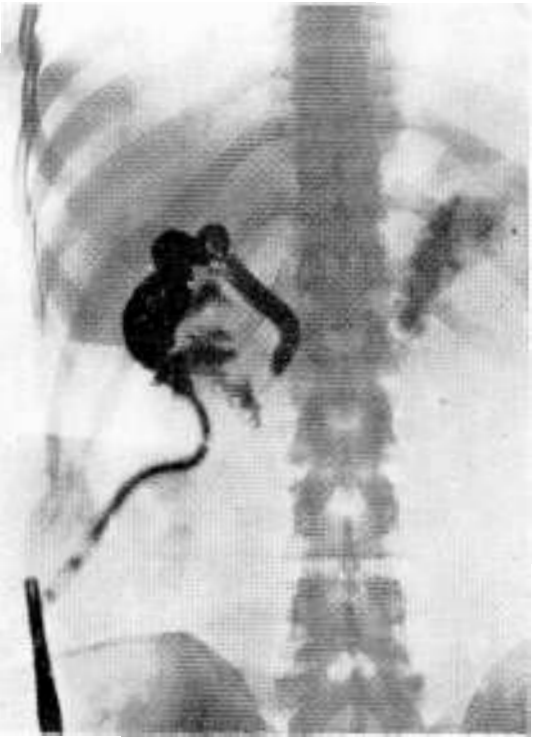

Fig. 1.—Colecistoangiografía correspondiente a la enferma R. M. de P. (Obs. 1).—Se ve el relleno de la vesícula, cístico y canal hépato-colédoco; en su parte terminal el estrechamiento estenosante que provocaba la pancreatitis.

La enferma después de operada, ha marchado muy bien, mejoría que se mantiene aún, pero que data de muy poco tiempo.

2.° caso: Colecistitis calculosa. Litiasis hepatocoledociana. Hepatitis. Colicistostomía y drenaje del hepático. Curación.

Sara V. de C., 47 años, uruguaya, casada. Ingresa al Servicio porque desde hace unos seis años sufre de cólicos hepáticos, más frecuentes y duraderos en estos últimos meses. Sus dolores se acompañan de chuchos de frío y son seguidos de ictericia, con intensa coluria y decoloración de las materias. Se ha notado una tumefacción en el

hipocondrio derecho y ha adelgazado unos quince kilos en estos últimos meses. Sus antecedentes personales y familiares carecen de importancia. Tres hijos.

Examen: Nutrición precaria. Tinte ictérico pronunciado. Febril 38°. Hígado aumentado de tamaño y duro. Se palpa una gruesa vesícula del tamaño de una naranja, tensa y doloroso.

Aparato genital y cardio-pulmonar, normales.

Fig. 2.—Colecistcangiografía correspondiente a la enferma S. V. de C. (Obs. II).—Drenaje de la vesícula con sonda Pezzer, y del hepático con tubo de Kehr. Se ha inyectado Yodinol por la sonda vesicular: relleno de la vesícula y del hepático; la substancia opaca no ha pasado al duodeno.

Orina con pigmentos, sales biliares y acetona.

Reacciones de Wassermann, Kahn y Müller: negativas.

Urea, 0gr.35. Tiempo de coagulación, 18'. Sangría, 3' ½.

Prueba de Meltzer-Lyon: negativa, no hay respuesta vesicular.

Radioscopía de estómago y duodeno: normales.

Radiografía de vesícula con tetrayodo: no se visualiza.

Tiene en el Servicio dos nuevas crisis dolorosas con temperatura muy elevada y chuchos. Enferma muy denutrida y sin resistencias.

Diagnóstico: Litiasis vesicular del hépato-colédoco.

Intervención.—Dr. Prat. Pte. Barberousse.—Anestesia local, novocaína al ½ %, previa anestesia crepuscular. Incisión de Bevan. Abierto el vientre constatamos una vesícula grande y distendida, con adherencias laxas de su fondo y cara inferior al epiplón, se liberan fácilmente. Hígado enfermo, de aspecto cirrótico, congestivo y grande. Estómago y duodeno bien. El duodeno asciende mucho, adherido al cuello vesicular. Hepático muy ancho y distendido; se siente un cálculo en el colédoco, cerca

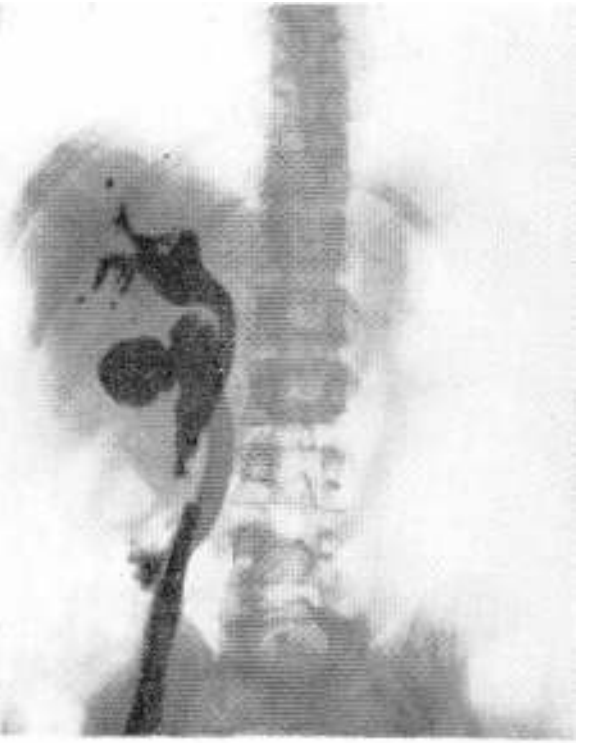

Fig. 3.—Mismo caso de la figura anterior.—Se ha inyectado el Yodinol por el tubo de Kehr. Relleno de vesícula y de todas las vías biliares, falta de relleno en la parte terminal del colédoco como si existiera un cálculo.

de la ampolla de Vater, pero movilizable dentro del hepato-colédoco distendido. Punción del hepático y aspiración de bilis amarilla clara, previa fijación con un asa de tracción se hace la hepaticotomía. Se extrae un cálculo del tamaño de una guinda, facetado, y 3 más pequeños del tamaño de una lenteja. Se coloca el tubo de Kehr, previo cateterismo de la vía biliar, que permite constatar su permeabilidad. Punción y vaciado de la vesícula y extracción de unos quince cálculos del tamaño de un garbanzo, facetados. Drenaje con sonda Pezzer descabezada y sostenida con doble jareta. Se extrae un trozo de vesícula e hígado para examen. Dos mechas en el lecho hepático. Cierre de la pared en tres planos.

Post operatorio normal. La inyección de yodinol en las vías biliares permite mostrar la radiografía que adjuntamos. En la extremidad de la ampolla de Vater se nota una falta de relleno, que haría sospechar la presencia de un cálculo (Fig. 2). A los 17 días de operada, no drenando la sonda Peltzer es extraída, constatándose cálculos que la obstruían en su capuchón; el drenaje se continúa con el tubo de Kehr y se aprovecha (a los 35 días) para hacer una nueva colangiografía que mostramos, notándose como en la anterior, una falta de relleno (Fig. 3 y 4). Se aprovecha entonces el

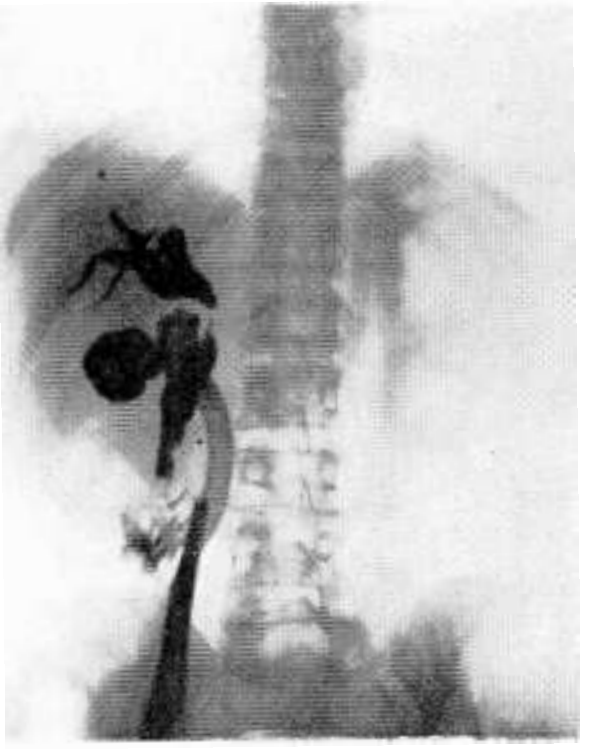

Fig. 4.—Mismo caso de la figura anterior, colecistoangiografía realizada un mes después de la anterior, y que comprueba el enclavamiento de un calculito en la ampolla de Vater.

tubo de Kehr para hacer un cateterismo que, bajo el control radioscópico, pasa hasta el duodeno con entera facilidad. Al sacar el tubo expulsó otro pequeño cálculo, probablemente el que muestra la colangiografía.

La enferma, a pesar de su evidente y extrema debilidad, ha tolerado muy bien su operación, se alimenta perfectamente, ha repuntado mucho su estado general y está encantada de no tener dolores. Se retira el drenaje por el tubo de Kehr a los cuarenta días. Alta en muy buenas condiciones.

3.er caso: Antigua colecistectomizada; sindrome de litiasis hepatocoledociana. Hepatitis. Drenaje del hepático. Curación.

Palmira G. de C., 32 años, uruguaya, viuda. Hace un año y medio fué intervenida por litiasis vesicular, practicándosele la colecistectomía. Desde entonces y periódicamente, todos los meses sufre de dolores de tipo cólico hepático, con coluria, sin decoloración de materias, chuchos de frío e ictericia en los días subsiguientes. Ultimamente sus crisis dolorosas se hacen más frecuentes: tres en los quince días anteriores a su ingreso y durante su hospitalización, cuatro veces en seis días. Antecedentes: tres hijos con tres cesáreas.

Examen: Denutrida: mal estado general, sin fiebre. Ligeramente ictérica. Des-

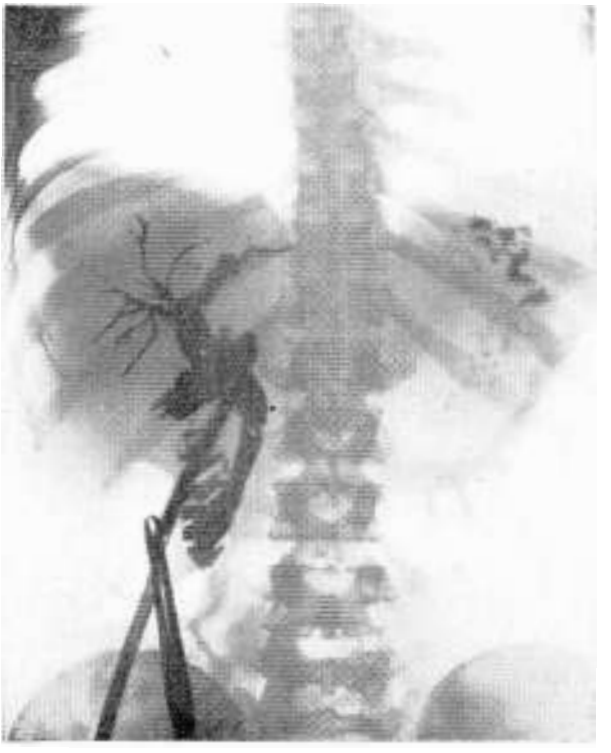

Fig. 5.—Colangiografía de la enferma P. G. de C. (Obs. III).— Relleno completo de las vías biliares extra e intrahepáticas, que se visualizan muy distendidas y sin ningún cuerpo extraño.

hidratada y facies de sufrimiento. Examen de su vientre: cicatriz bien. No se palpa hígado ni nada anormal. Examen general sin particularidades.

Orina: Contiene indicios de glucosa y urobilina.

Leucocitos 5.500. Fórmula normal.

Tiempo de coagulación 30'. Sangría 6'.

Wassermann, Kahn y Müller, negativos.

El tubaje duodenal apenas permite extraer unos centímetros cúbicos de bilis.

La radiografía con el tetrayodo no permite ver las vías biliares.

Dado el estado de verdadero mal en que se encuentra la enferma, con el diagnóstico de probable cálculo del colédoco, previa preparación cuidadosa (sales de calcio, insulina, suero glucosado, digitalina, etc.), es operada.

Operación.—Dr. Prat. Pte. Barberousse. Pte. Nande.—Anestesia general al éter y Co^2. Incisión sobre la misma incisión antigua, sólo prolongándola hacia arriba. Abierto el peritoneo se constatan grandes adherencias del epiplón al borde y cara anterosuperior del hígado, al que envaina, y a la pared. Cápsula de Glisson muy espesada. Seccionadas estas adherencias comprobamos que hay numerosas adherencias que fijan el duodeno al foco cicatricial anterior y al hígado. Intensa periduodenitis con gran distención de la primera porción del duodeno que, en estado de vacuidad, tiene más de cinco centímetros de ancho. Liberación y supresión de estas adherencias, previa hemostasis. Exploramos el estómago, que es normal; igual que el páncreas, aunque parece indurado y granuloso en su porción cefálica. Todo el pedículo hepático está cubierto por un plano cicatricial uniforme con cierre completo del Winlow. A la palpación no se encuentra ningún cuerpo extraño. Disecamos a punta de tijera la parte superior del pedículo hepático y puncionamos un elemento que nos parece el hepático, extrayendo bilis amarillo canario, clara y normal. Fijación en el hepático de dos asas de catgut que nos servirán de tractores; incisión y exploración del hepatocolédoco con catéter y se constata su permeabilidad y la ausencia de cálculos. Colocación de un tubo de Kehr fino, que fijamos en las dos asas de catgut. Tres mechas en el lecho del hepático y extirpamos un fragmento de hígado para el examen anatomopatológico. Cierre en tres planos.

Post operatorio normal. El tubo drena unos 300 c.c. diarios de bilis, primero muy oscura y luego aclarándose. La radiografía lipiodolada (Yodinol Jenner), que presentamos, revela la gran dilatación de las vías biliares y su permeabilidad perfecta (Fig. 5).

Consideraciones. — Los tres casos que presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía, están representados: a) por una colecistitis calculosa y pancreatitis crónica; b) una colicistitis calculosa con litiasis hepatocoledociana y c) una enferma colescistectomizada hace un año y medio y presentando ahora un sindrome de litiasis hepatocoledociana y que sólo tenía una hepatitis.

Consideraremos cada uno de los casos por separado.

A) Colecistitis calculosa y pancreatitis crónica. — Esta enferma presentó un cuadro clínico típico de litiasis biliar, con repetidos cólicos hepáticos; nunca tuvo ninguna manifestación en su sintomatología que nos hiciera pensar o sospechar la pancreatitis. La pancreatitis fué, pues, una constatación de la operación, bien puesta de manifiesto por la tumefacción e induración del páncreas, que no dejaba duda de ninguna especie sobre la existencia de la inflamación crónica del órgano. Lo particular del caso, es la situación anormal del páncreas, que en la exploración cuidadosa que realizamos lo encontramos elevado, por encima de la pequeña curva gástrica, entre ésta y la cara inferior del

hígado. La cabeza pancreática no ocupaba su localización normal, circundada por las tres primeras porciones del duodeno parecía estar por encima de éste, pareciéndonos que la cabeza se disponía en el ángulo píloro-duodenal.

La colecistocolangiografía realizada inyectando yodinol por la sonda vesicular, da un colangiodiagrama que permite visualizar muy bien la vesícula, el cístico, parte del hepático y todo el colédoco, que presenta en su extremidad inferior una sombra en hilo, que indica la compresión estenósica provocada en el colédoco intrapancreático por la pancreatitis. El yodinol ha pasado, no obstante, al duodeno, llegando ya al ángulo duodeno-yeyunal (Fig. 1).

Por las sombras observadas, parece normal la ubicación y disposición de las vías biliares y del páncreas.

Siguiendo una práctica corriente en nuestro servicio, se drenó bastante tiempo las vías biliares, algo más de un mes, y al extraer la sonda se comprobó un hecho ya clásico para nosotros: no obstante haber vaciado muy bien la vesícula durante el acto operatorio, el embudo de la sonda de Pezzer, al extraerse ésta, vino llena de calculines.

B) Colecistitis calculosa, litiasis del hepatocolédoco y hepatitis.— Esta enferma presentaba un cuadro clínico tan característico de su litiasis vesicular y de las vías principales que no hubo ningún inconveniente en diagnosticarlo con toda precisión, sobre todo días antes de la operación, que tenía las crisis dolorosas acompañadas de oscilaciones de temperatura muy elevada y chuchos. La enferma se operó en deficientes condiciones de resistencia física, al punto que optamos por realizar la intervención con anestesia local y por eso fué también que sólo hicimos drenaje del hepático y colecistostomía, no obstante estar indicada la colecistectomía. Gracias a la anestesia local pudimos realizar una operación completa, que la enferma toleró prefectamente, con un post operatorio excelente. Como lo hemos dicho ya, del colédoco se extrajo un cálculo grande y tres pequeños y quince cálculos vesiculares. En la colangiografía, hecha por la sonda y el tubo de Kehr, se ve bien visualizadas las vías biliares, en una de ellas se ve la parte terminal del colédoco con una falta de relleno, como si existiera un cálculo enclavado. Estamos seguros de haber encontrado este canal permeable al catéter, durante el acto operatorio, pero puede muy bien ser un cálculo que ha emigrado después de la operación y del examen. Para tener un convencimiento mayor de la posible existencia de este cálculo, hemos dejado el drenaje por el tubo de Kehr y unos diez días

(1) El catéter pasó hasta el duodeno.

después hemos hecho otra colangiografía con yodinol. Por las imágenes que ustedes pueden observar en este colangriograma, se ve que en la terminación del colédoco existe una imagen muy sospechosa de que realmente existía ahí un cálculo enclavado (Fig. 3). Por lo menos, creemos que esa imagen autoriza a tentar una exploración con el catéter, de vías biliares, bajo la pantalla radioscópica, valiéndonos de la vía que nos ofrece la presencia del tubo de Kehr (1).

Hechos como el que narramos ponen en evidencia la conveniencia de contar con el eficaz auxilio de la radiología en la cirugía de las vías biliares, a fin de no dejar ningún cálculo olvidado en las vías principales y realizando para ello la radiografía lipiodolada del árbol biliar durante el acto operatorio, como lo ha propuesto Mirizzi, de Córdoba. Para esto se necesita dispositivos radiológicos especiales anexos a las mesas operatorias, con que no contamos aún, pero me permito creer que en nuestro caso particular, el resultado radiológico no habría tenido éxito, pues durante el acto operatorio la permeabilidad de la vía coledociana era evidente, como lo demostró el catéter explorador, lo que quiere decir que la obliteración fué ulterior al acto operatorio y, en ese caso, habrían fracasado también los rayos X.

En este caso se extirpó un fragmento de hígado para una biopsia; el aspecto del hígado era de cirrosis hepática y el examen histológico comprobó la lesión anatómica de hepatitis que, muy habitualmente, es concomitante con la litiasis y provocada por ésta, según la mayoría de los autores.

C) Enferma colecistetocmizada hace año y medio, sindrome de litiasis hepatocoledociana. — Este tercer y último caso de nuestra pequeña serie es, sin duda alguna, el más importante por las constataciones biológicas y anatómicas, que nos permitió realizar y que se refieren a la posibilidad que existe, de que la lesión primitiva e inicial de la célula hepática, la hepatitis, de el sindrome de cólico hepático, sin intervención de la litiasis biliar. Este asunto de palpitante actualidad, ha sido muy discutido y existen ya muchos hechos que demuestran que la ictericia y el sindrome de cólico hepático puede ser dado perfectamente por la simple hepatitis.

En el caso anterior vimos la hepatitis concomitante con la litiasis vesicular y coledociana, cosa común y vulgar; veremos en este caso, la ictericia y el sindrome doloroso por la sola hepatitis.

Nuestra enferma había sido colecistectomizada hará un año y medio por litiasis vesicular, y desde entonces ha seguido sufriendo de ictericia y un sindrome típico de cólico hepático, al punto que creímos poder

establecer el diagnóstico de litiasis del colédoco y la reoperamos. En la segunda operación encontramos las vías biliares dilatadas, pero de estructura normal; bilis límpida, color amarillo canario, y sin cálculos en ellas, cosa que se comprobó por el cateterismo biliar y por la colangiografía hecha por el tubo de Kehr. Se obtuvo así la evidencia y la seguridad de que no existía ningún cálculo en las vías biliares. Por el fragmento de hígado extirpado durante el acto operatorio, hemos podido poner en evidencia las lesiones de hepatitis que traduce el examen anatomo-patológico y que dice así: Intenso proceso de hepatitis intersticial, exudativo, leucocitario, pericanalicular. Exudación subcapsular leucocitaria y hemorrágica. Infiltración monocitaria pericanalicular con proceso de neoformación fibrosa.

Quiere decir, pues, que la hepatitis primitiva, como lo pone en evidencia nuestro caso, provoca la ictericia y el sindrome doloroso y seudo palúdico del cólico hepático, que se confunde completamente con la sintomatología clínica de la litiasis de la vía biliar principal. El cuadro doloroso de nuestra enferma podría explicarse por la intensa periduodenitis que encontramos en el acto operatorio y que suprimimos, pero si bien parte de estos tratornos, el dolor, por ejemplo, podrían explicarse por la periduodenitis, creemos que no es posible que ella explique la ictericia y las elevaciones bruscas de temperatura, que tienen una explicación más lógica y verdadera por la hepatitis, como lo han establecido y demostrado ya muchos autores.

Caroli acaba de publicar un trabajo, las "Hepatitis icterígenas de la litiasis", donde cita varios casos en enfermos ictéricos operados por sindrome litiásico y en los que sólo encontraron las lesiones clásicas de la hepatitis. Esta hepatitis sería de dos variedades anatómicas: una ligera, otra grave.

La primera, que es a la que corresponde nuestro caso, "se traduce por empujes de ictericia transitoria, sobreviniendo después de cólicos hepáticos febriles. Estas formas realizan perfectamente la sintomatología de la litiasis latente del colédoco, con sus accesos de ictericia y sub-ictericia intermitentes.

"Su substratum anatómico reside en la acentuación de las lesiones de hepatitis inflamatoria, que se constatan en el curso de toda colicistitis. La ictericia parece ser función de la aparición de focos de necrosis celular, de localización centro lobular, provocando zonas de ruptura trabecular y evolucionando paralelamente a la agravación de los signos de inflamación endotelial e intravascular, 'son las formas de hepatitis icterígenas pasajeras correspondientes a lesiones degenerativas parcelares".

Estas hepatitis concomitantes de la litiasis biliar o independientes de ella y que dan su sindrome, que tan bien han podido ser puestas de manifiesto con el estudio de las biopsias de hígado, hechas durante el acto operatorio, van siendo cada vez mejor conocidas y es ya el momento en que los clínicos se preocupan de establecer el diagnóstico diferencial entre la hepatitis primitiva con sindromes biliares y la litiasis hepatocoledociana latente o típica.

Nuestra enferma es un preciso ejemplar de hepatitis con sindrome ictérico - doloroso, que la circunstancia de haber sido colecistectomizada previamente, da gran interés al caso para descartar la hepatitis concomitante a la litiasis vesicular, y hasta permite sospechar la posible intervención de la hepatitis primitiva como causa patogénica de la litiasis biliar.

No dudamos que la presentación de casos semejantes se vulgarizará cuando sea corriente la excelente práctica de realizar biopsias en los casos de cirugía hepatobiliar.

En dos casos de esta serie tuvimos ocasión de puncionar el hepático previamente a la hepaticotomía, dando salida a bilis clara, de aspecto normal y en el drenaje después de la operación, drenó bilis oscura o negra, lo que quiere decir, que las bilis negras post operatorias, son posiblemente bilis provocadas por el tóxico anestésico y el traumatismo operatorio.

La terapéutica de estas hepatitis no calculosas, cuyo sindrome se consideraba hasta ahora como secuelas de la litiasis, tanto o más de la colecistosmía que de la colecistectomía, consiste en el drenaje del hepático, que debe prolongarse durante bastante tiempo y que mejora notablemente a los enfermos, si no los cura como ocurrió en nuestro caso.

Tanto en esta enferma como en las dos anteriores, los hechos son muy recientes para hablar de hechos definitivos, pero así y todo, las constataciones clínicas y anatomo-patológicas no variarán fundamentalmente, y es en ese sentido que tienen valor nuestras observaciones, ya que en lo referente a los resultados terapéuticos debemos dejar transcurrir más tiempo.

Aprovechamos la ocasión para agradecerle al doctor G. Pelfort y demás colaboradores del Servicio radiológico del Hospital Pasteur, la excelente cooperación radiográfica puesta de manifiesto por las radiografías presentadas.

D. y D. A. Capella y Pons
Av. 18 de JULIO, 1241 (Frente a la Confitería Americana)
Optica, Ortopedia, Fotografía, Higiene