divagar de nuestro trabajo principal para estar impidiendo que la sangre penetrara á la laringe.

Se nos podría hacer la objeción de que colocando la cabeza del operado en la posición de Ross, se hubiera podido evitar el practicar la traqueotomía; pero yo soy de opinión de que, en esta clase de operaciones, siempre que se pueda, debe uno poner los medios más seguros para evitarse las dificultades que puedan hacer más laboriosa una operación, y con la práctica de la traqueotomía podíamos tener la seguridad de que la penetración de la sangre á la laringe estaba evitada.

La sangre que perdió este enfermo durante la operación fué relativamente bastante; ahora bien, con mayor razón hubiera perdido mucha más si se hubiera tenido que practicar la resección de toda la mitad izquierda del maxilar superior, y puesto el operado en la posición de Ross, además de que no hubiera estado el que habla con comodidad para practicar la operación, como lo estuvo colocando la cabeza del paciente como mejor convino, hubiera tenido que estar interrumpiendo la operación para evitar el paso de la sangre á la laringe y la asfixia consecutiva.

La traqueotomía, debido á una anomalía que consistía en estar la tráquea situada muy hacia atrás del cuello en su parte inferior, hizo difícil la aplicación de la cánula, que apenas llegaba su extremidad á la incisión traqueal, saliéndose á cada momento. Hubo necesidad de buscar una cánula que tuviera una longitud mayor que la de las cánulas que generalmente se usan, y con gran dificultad se pudo conseguir en las dos casas que hay en la capital para la venta de instrumentos de cirugía, la única que había y que se acomodó muy bien al cuello del enfermo. Las cánulas que generalmente se usan en los adultos miden 6 centímetros y la que tuvimos necesidad de poner en este operado tenía 75 milímetros de longitud. Tanto este hecho como el de otra traqueotomía que pocos meses después practiqué y en la que el operado tenía un cuello muy voluminoso que no permitía que las cánulas usadas comunmente llegaran hasta la tráquea, me han hecho llamar la atención sobre este particular al presentar este trabajo, para que señalado este inconveniente se evite, teniendo todo cirujano en su arsenal, cánulas que tengan mayor longitud

que la ordinaria, para evitar esta dificultad si llegare á presentarse.

México, febrero 24 de 1904.

TOBIAS NÚÑEZ.

OFTALMOLOGIA.

Algunas consideraciones sobre el cisticercos intraocular.

Un nuevo caso de cisticercos sub-retiniano que voy á presentar ante esta H. Academia, me proporciona la oportunidad de llamar la atención de mis estimados consocios, sobre algunos puntos interesantes en el estudio de esta afección.

Desde luego es de hacerse notar su frecuencia en México. Sabido es que en el Norte de Alemania, los cisticercos del ojo son mucho más frecuentes que en cualquiera otro país: su proporción según varias estadísticas es de *uno por mil enfermos de los ojos*. En Francia, Bélgica, Estados Unidos y Suiza se presenta pocas veces; en Austria es sumamente raro; en Italia y Portugal lo es menos, según las observaciones que he leído. No conozco estadísticas especiales sobre su presencia en los citados países, pero los autores convienen en que son muy contadas en ellos las oportunidades de observarlo, tanto que muchos oculistas de Austria, Francia y Bélgica, durante su larga experiencia, no han visto un solo caso.

Por lo que á México se refiere, desde que el Dr. R. Vértiz presentó en esta Academia el primer caso, observado en un ojo que enucleó por irido-coroiditis con despegamiento de la retina y enturbiamiento del vítreo, en el cual fué imposible hacer el diagnóstico por las razones expresadas; desde entonces he podido contar diez y seis casos, el presente inclusive, en un período de diez y ocho años: de ellos ocho me han consultado por primera vez; cinco, me hicieron observar algunos compañeros, y tres conozco únicamente por referencias. Atento á que en este período de diez y ocho años me han consultado en el hospital Valdivielso y en mi consulta particular 32,000 enfermos aproximadamente, pue-

de establecerse como base de una estadística personal, que en México se presenta un caso de cisticercos intraoculares por cada 4,000 enfermos de los ojos.

Su frecuencia es, pues, la cuarta parte de la observada en Berlín, Halle y Goettingue, pero muy superior á la señalada en las demás ciudades europeas y de los Estados Unidos, y esto lo comprueba el hecho de que en México y durante el lapso de tiempo expresado, casi todos los oculistas han tenido ocasión de observar, cuando menos, un caso de esta afección.

Los compañeros que se han ocupado de la frecuencia del cisticercos intraocular en México, atribuyen su origen, así como el de la solitaria, á la inspección imperfecta de las carnes del cerdo y á su mala preparación para el consumo. Por lo que he leído en varios autores y por las observaciones que personalmente tengo hechas en los enfermos que me consultan, creo que esa opinión no es del todo exacta: "la mayor parte de los enfermos que adolecen de cisticercos intraoculares—dice Fuchs—no han tenido solitaria." Tampoco la han tenido la mayor parte de los enfermos que yo he visto y algunos me han asegurado no haber consumido nunca la carne de puerco; por lo tanto, no es de atribuirse á ésta la causa única del cisticercos intraocular.

Sabido es que la carne de puerco enferma y cruda, ó casi cruda, lleva el cisticercos al intestino de la persona que la ingiere y allí se transforma en tenia: por lo tanto, la solitaria viene directamente del uso de la carne de puerco dañada, y su frecuencia depende ciertamente del uso que se haga de esta carne; no sucede lo mismo con el cisticercos intraocular: éste se desarrolla en el estómago por la ingestión de los huevos de la tenia, que dan lugar á embriones provistos de ganchos con los cuales perforan las paredes del estómago y de los vasos, entrando al torrente circulatorio, alojándose en distintas partes del cuerpo donde perforan de nuevo los vasos, para fijarse en los tejidos y convertirse en cisticercos. Ahora bien: los huevos pueden llegar al estómago por el paso de algunos anillos de la solitaria que se digieren ahí, quedando en libertad los huevos; pero es lo más general que éstos penetren al organismo en el agua potable, y en las impurezas de las aguas potables es en donde debe buscarse el origen del cisticercos: no es, pues, sorpren-

dente que muchos de los enfermos que tienen cisticercos intraoculares, no hayan tenido solitaria, ni consumido carne de puerco.

Los autores clásicos asientan que nunca se encuentra más de un cisticercos en el ojo: señalan como caso único en la ciencia, el de Otto Becker, en que había dos cisticercos en el mismo ojo. Hace cinco meses, los Archivos de Oftalmología de París, publicaron la observación de un oculista ruso, el Dr. Surow: un enfermo de 21 años de edad que presentaba tres vesículas de cisticercos en el humor vítreo del ojo izquierdo; estas tres vesículas tenían sus movimientos propios é independientes que no dejaban duda de la existencia de tres cisticercos en ese ojo.

Según Von Graefe, el 80 por 100 de los cisticercos se ven debajo de la retina ó del cuerpo vítreo, el resto en el iris y la cámara anterior, el cristalino, el tejido sub-conjuntival y el celular de la órbita. De los 16 observados en México, solamente uno ha estado en la cámara anterior, los restantes han sido del vítreo y subretinianos.

El caso que hoy presento tiene de particular la presencia de dos vesículas sub-retinianas: una vacía y otra ocupada por el cisticercos, lo cual indica la emigración de éste. Dicha particularidad ha sido estudiada principalmente por Bernardini y De Vincentiis. Las investigaciones anatómo-patológicas de Bernardini, han conducido á las siguientes conclusiones:

1a—El cisticercos sub-retiniano ó del cuerpo vítreo producen alteraciones de grado variable en las membranas endo-oculares y frecuentemente una irido-coroiditis con despegamiento de la retina más ó menos extensa;

2a—Estas alteraciones y especialmente las lesiones degenerativas están en relación directa con el tiempo que lleva el cisticercos de permanecer en el ojo;

3a—El cisticercos provoca en su derredor la formación de un quiste adventicio y frecuentemente de dos. En el primero permanece durante un tiempo variable. De estos dos quistes, el segundo es siempre el más grande, pero no siempre el mejor constituido;

4a—La pared quística se compone constantemente de dos capas una fibrosa externa y una endotelial interna. Excepcionalmente puede ha-

ber una tercera capa fibrinosa, muy delgada, en el interior;

5a—En la capa endotelial se encuentran con frecuencia celdillas gigantes que no se relacionan con una infección tuberculosa, sino con la presencia del cisticerco;

6a—En el interior de la cavidad quística se encuentra á menudo un exudado granuloso, albuminoso y excepcionalmente purulento. Esta supuración, cuando existe, es accidental y ligada á la presencia de microorganismos;

7a—El cisticerco emigra de su primera bolsa á causa de las modificaciones del quiste adventicio y además por alteraciones de la nutrición del animal que compromete su existencia.

De Vincentiis encontró en un caso semejante al de mi enfermo, dos quistes adventicios, que solamente contenían un gusano, y explica la multiplicidad de los quistes, su formación y la causa de la emigración de la manera siguiente:

10—Las transformaciones de las paredes quísticas obligan al cisticerco á salir para no morirse;

20—La emigración se efectúa habitualmente á través de alguna laguna, por constitución incompleta, excepcionalmente por ruptura de las paredes;

30—El parásito se detiene en donde encuentra mejor medio; forma otro quiste, aunque permanece siempre la comunicación con el precedente.

Cuando los medios dióptricos conservan su transparencia, el diagnóstico es generalmente fácil para el cisticerco del vítreo y del sub-retiniano si la retina no ha perdido su transparencia, como en el caso que hoy presento. A través de la retina, se ve la vesícula esferoidal de color azulado, con una mancha blanca en el centro, que corresponde á la cabeza y cuello del animal y su periferia parece un círculo de color amarillo brillante con reflejos irisados. Esta vesícula presenta movimientos de expansión y retracción que son pagtonomónicos y pueden despertarse por el paso de una corriente eléctrica en la cabeza del enfermo: al cerrarse el circuito se ve retraerse la vesícula y después volverse á dilatar.

Cuando la retina ya no es transparente y está despegada en la mayor parte de su extensión, entonces el diagnóstico es difícil. Excluído el despegamiento simple, si el ojo no ha sido mio-

pe ni ha sufrido algún traumatismo, se vacilará entre un cisticerco y un neoplasma de la retina ó de la coroides. Hacediezo años se presentó en mi consulta una niña de 8 años de edad, quejándose de no ver nada con el ojo derecho. Al examen oftalmoscópico encontré un despegamiento completo de la retina. Fundándome en que la tensión del ojo estaba más bien disminuída que aumentada y en la falta de vasos neoformados independientes de los retinianos, como se ve en los neoplasmas, diagnosticué un cisticerco: manifesté mi diagnóstico á la madre de la niña y le aconsejé consultara á los más reputados compañeros, pidiéndoles de parte mía su opinión por escrito. Dos apreciables y distinguidos compañeros tuvieron la bondad de examinar á la niña y de manifestarme sus opiniones, las cuales fueron: una, neoplasma intraocular, y la otra, leucosarcoma de la coroides: advirtieron ambos á la madre la necesidad de enuclear inmediatamente el ojo, pues de lo contrario peligraba la vida de la niña; alarmada justamente la madre, me suplicó operara desde luego á la enferma.

Practiqué la enucleación en el Hospital Valdivielso, en presencia de varios compañeros interesados en ver la autopsia del ojo: abierto éste por el Dr. Ismael Prieto, á quien invité para llevar la pieza al Dr. Toussaint para su estudio histológico, saltó una vesícula transparente, de cerca de ocho milímetros de diámetro, encerrando un cisticerco que más tarde fué perfectamente caracterizado por el Dr. Toussaint.

A los pocos meses de haber operado á esta niña, el Dr. Ramos nos presentó en la Sociedad de Oftalmología á otra niña casi de la misma edad, con un despegamiento de la retina en el ojo derecho, tan semejante al del caso anterior, que casi todos los compañeros opinaron que se trataba de un cisticerco.

Examinando atentamente á esta niña con el oftalmoscopio de refracción, pude descubrir una red vascular muy desarrollada é independiente de los vasos retinianos, razón por la cual diagnosticué neoplasma de la coroides ó de la retina. Se convino en la Sociedad que operase el Dr. Ramos á su enfermita; llevara el ojo á la sesión siguiente para abrirlo delante de todos los socios: así lo hizo nuestro distinguido compañero y bondadosamente me encargó de hacer los cortes á la esclerótica, los cuales pusieron á

la vista de todos: un tumor de color blanco, de aspecto encefaloide, cuyo examen histológico demostró ser un leuco-sarcoma de la coroides. Seis meses después el Dr. Ramos presentó ante esta H. Academia á la enfermita, quien no acusaba el menor indicio de reproducción.

He citado este caso para hacer ver las dificultades de diagnóstico y la manera de vencerlas, haciendo el examen con la imagen directa, único que permite descubrir detalles que se escapan cuando solamente se practica por la imagen invertida.

Cuando el vítreo está opacificado, el diagnóstico era antes casi imposible: hoy, gracias á la eficacia de las inyecciones sub-conjuntivales, Süßkünd ha podido llegar al diagnóstico en una niña de 9 años de edad que presentaba una ligera inyección ciliar; enturbiamiento de la córnea y del cuerpo vítreo en el cual se veían membranas móviles. Se había diagnosticado en esta niña una tuberculosis intraocular. Después de seis inyecciones subconjuntivales, los medios recobraron su transparencia y entonces pudo verse una vesícula de cisticercos sub-retiniano hacia abajo y hacia adentro, la que fué extraída con un éxito quirúrgico completo, conservándose el ojo que hubiera sido preciso enucleare sin ese medio de diagnóstico.

El pronóstico, como se sabe, es muy funesto: el ojo se pierde en un espacio de tiempo que varía de tres á diez y ocho meses según Graei.

Los cisticercos sub-retinianos, que se encuentran cerca de la región ciliar, traen los accidentes graves mucho más rápidamente que aquellos que flotan en el cuerpo vítreo, donde pueden ser tolerados mucho más tiempo.

El tratamiento es la parte más importante de este asunto, y podemos decir que entre nosotros está á la orden del día.

Con motivo de los últimos casos que presentaron los Dres. López y Montañó á la Sociedad de Oftalmología, se discutió mucho este asunto como puede verse en las actas respectivas publicadas en los números de octubre, noviembre y diciembre de 1902 de los "Anales de Oftalmología."

A tres pueden reducirse las opiniones sostenidas:

1a—Matar el cisticercos dentro del ojo por medio de inyecciones de substancias antihelmínticas ó por medio de la electrolisis;

2a—Extirpar el cisticercos;

3a—Enuclear el ojo.

El primer medio nunca ha tenido éxito, según Panas. Las experiencias hechas en ojos de conejo inyectando el helecho macho bajo la conjuntiva y en el cuerpo vítreo por uno de nuestros más distinguidos compañeros, ocasionaron en el primer caso una fuerte inflamación del ojo, y en el segundo, la opacificación del vítreo.

Enucleados estos ojos para hacer el examen de las lesiones producidas, nos ofreció el autor de las experiencias dar á conocer el resultado del mismo examen.

El Dr. Siller Huguenin, en la Clínica del Profesor Haab, de Zurich, tuvo ocasión de ver algunos casos de ceguera provocada por la administración del helecho macho en dosis altas, para hacer arrojar la solitaria á algunos enfermos y con este motivo se propuso buscar en la literatura médica observaciones semejantes. Pudo reunir 78 casos de envenenamiento grave por el helecho macho, de los cuales, 15 terminaron por la muerte, y, del resto, más de la mitad tuvieron afecciones oculares; 18 quedaron ciegos de ambos ojos; 15 de un solo ojo por atrofia del nervio óptico; 7 de la retina; 4 ambliopía fuerte de los dos ojos; 1 caso de debilitamiento de un solo ojo y 3 de ceguera pasajera en un solo ojo también.

Estas observaciones clínicas demuestran que el helecho macho, cuando entra en la circulación, ejerce influencia nociva sobre el sistema nervioso en general y particularmente sobre los nervios ópticos y sobre la retina: por lo tanto, es de suponerse, que inyectado en el ojo directamente, sus efectos sean mucho más funestos.

La electrolisis en el caso en que fué aplicada en México, no tuvo éxito; á los quince días de ello fué necesario hacer la enucleación por panoftalmía. Tampoco en Europa se han obtenido resultados felices con ella, y otro tanto puede decirse de la gálvano-puntura.

La extirpación del cisticercos es el único medio que cuenta con algunos éxitos y en mi concepto el que debe de una manera general aplicarse, por ser la intervención que cuenta, repito, con algunos triunfos.

Ciertamente que la pérdida más ó menos abundante del humor vítreo en las tentativas de

capturar al animal para extraerlo y, la infección posible, á pesar de todas las precauciones que se toman, podrán ocasionar la pérdida completa del órgano y reclamar la enucleación; pero dada la esperanza de un éxito (las estadísticas europeas cuentan aproximadamente un 60 por 100), es racional y humanitario el intentar la extirpación. Nada se pierde con ello: la enucleación debe ser el último recurso, no el primero como opinan algunos compañeros. Logrando la extirpación, el enfermo podrá salvarse, si no de la pérdida de la vista, al menos de todas las penalidades que ocasiona un ojo artificial; si la pérdida abundante del vítreo ocasiona un fracaso, puede en ese mismo instante hacerse la enucleación; el enfermo no será operado nuevamente, su curación no sufrirá retardo, nada habrá perdido y si pudo haber ganado bastante.

Tal ha sido la opinión que he dado á los padres del enfermito cuya historia paso á referir:

El joven J. O., de 15 años de edad, del Estado de Hidalgo, nos da como antecedentes dignos de mencionarse, los siguientes: un traumatismo en la cabeza hace nueve años por la caída de un burro; otro en la frente hace tres años; ninguno de estos traumatismos ocasionó perturbaciones en la vista, la cual conservó en perfecto estado hasta hace ocho meses; hace tres, sufrió una herida en la frente con una astilla de madera, la que no empeoró sensiblemente el estado de su visión; no ha tenido solitaria; ha usado mucho de la carne de puerco en su alimentación, especialmente frita; nunca ha tomado jugo de carne cruda. Notó el primer síntoma hace ocho meses; consistía en una mancha obscura que se presentó en el ojo derecho y le impedía ver los objetos que se le colocaban al frente; distinguía únicamente hacia los lados, arriba y abajo; al poco tiempo esta mancha se extendió hacia arriba y más tarde hacia adentro, quedando reducida la vista á la parte inferior y externa. En estos últimos días ha notado que se nublan más los objetos percibidos en la parte de campo visual que le queda y por eso se decidió á consultarnos.

Al examen funcional encontramos lo siguiente: Ojo izquierdo.—Hipermetropía ligera, agudeza, campo visual y percepción de los colores en estado normal. Ojo derecho.—En la parte infero-externa cuenta los dedos á treinta centímetros de distancia. Escotoma absoluto

como lo demuestra el schema perimétrico que presenta ocupando todo el campo visual hacia arriba y hacia adentro, llegando hacia abajo y hacia afuera á 30 y 40 grados respectivamente.

Al examen oftalmoscópico, con la imagen directa se ve la papila muy velada, sus venas muy gruesas, el vítreo ligeramente turbio, la retina desprendida en la parte inferior y externa: este desprendimiento tiene la forma de dos vesículas de distinto aspecto, unidas en su parte inferior por una especie de puente. La externa, más grande, tiene una forma perfectamente esferoidal, de superficie tersa, color azulado con una mancha blanca en el centro; su circunferencia presenta el aspecto de un círculo amarillo irisado, muy brillante, y proyecta sobre el fondo del ojo una sombra oscura, especie de penumbra que rodea al círculo irisado; su diámetro es aproximadamente de tres diámetros papilares; vése en su superficie un grueso vaso retiniano y otros más pequeños sin flexuosidades notables, dando idea clara—como dice Wecker—de extenderse en una superficie esferoidal: esta vesícula tiene movimientos de expansión y de retracción muy apreciables y, además, se desaloja del ecuador á la ora serrata ó viceversa; en algunas ocasiones se ve llegar al diámetro horizontal del ojo cerca del ecuador y en otras queda mucho más abajo y hacia adelante.

La segunda vesícula, situada en la parte inferior atrás y adentro de la anterior, presenta una forma esférica, de superficie irregular hacia arriba y hacia abajo; estas irregularidades son debidas á ráfagas de retina desprendida; su color es uniformemente blanco; en la superficie presenta varias arrugas ó pliegues que se hacen más perceptibles por el aspecto muy sinuoso de los vasos que forman varios ganchos en su trayecto, acentuando el contraste entre el aspecto de esta vesícula vacía y arrugada con el de la anteriormente descrita, que se ve perfectamente llena y tersa. El diámetro de esta segunda vesícula es menor que el de la primera—aproximadamente dos diámetros papilares—y ambas están unidas por una especie de puente situado en la parte inferior y cuya anchura es de poco menos de un diámetro papilar.

La presencia de estas dos vesículas nos indica la emigración del cisticercos de que antes nos hemos ocupado y nos permite observar en el mismo ojo los caracteres diferenciales entre un

cisticerco sub-retiniano y los de un levantamiento simple de la retina.

La cercanía el cisticerco á la región ciliar hace temer que en poco tiempo pueda perderse el ojo y por esa causa me he propuesto operarlo lo más pronto posible.

México, 2 de marzo de 1904.

DR. LORENZO CHÁVEZ.

CISTICERCO SUB-RETINIANO.

Para completar la historia clínica del enfermo que presenté en la sesión del día 2 de marzo próximo pasado ante esta H. Academia, con un cisticerco sub-retiniano en el ojo derecho, cuya extracción practiqué el día 6; tengo la honra de presentarlo nuevamente, un mes después de operado, para que mis estimados consocios puedan apreciar los beneficios obtenidos mediante dicha operación.

Desde luego mencionaré que no hubo complicaciones de ningún género. A los siete días quité los hilos de las suturas de la conjuntiva y del tendón del recto externo, á los ocho, el de la sutura esclerotal. Mantuve por algunos días el vendaje en el ojo operado con el objeto de favorecer la curación del desprendimiento retiniano, para lo cual, he comenzado el tratamiento por medio de las inyecciones sub-conjuntivales de solución de cloruro de sodio al uno por ciento.

El resultado ha sido la reaplicación de la retina en el lugar ocupado por la vesícula del cisticerco: sólo persiste el desprendimiento debido á la primera vesícula que ocupó el scolex antes de su emigración. He dibujado el aspecto que presentaba el ojo antes de la operación y el que ahora reviste; dichos dibujos han sido tomados con la mayor exactitud posible; se ve en ellos con toda claridad la desaparición completa del quiste extirpado y la notable reducción del despegamiento retiniano. Este feliz resultado, puesto de manifiesto por el examen oftalmoscópico, lo comprueba, además, el examen funcional del ojo. Comparando el esquema del campo visual que hoy presento con el que mostré el día 2 de

marzo, se verá que el enfermo ha recobrado la sensibilidad luminosa en una extensión considerable, que corresponde exactamente á la reducción que se ha verificado en el despegamiento retiniano. La agudeza visual, que antes de la operación estaba reducida á contar los dedos á treinta centímetros en la porción infero-externa del campo visual, ha mejorado al punto de contarlos actualmente, en la misma porción, á dos metros de distancia. Los síntomas de irritación ocular, dolores espontáneos en el ojo é inyección ciliar que comenzaron á desarrollarse, han desaparecido completamente. La tensión ocular es normal; por último, los movimientos del ojo no sufrieron en lo más mínimo con la tenotomía del recto externo, como infundadamente lo temieran algunas personas poco prácticas ciertamente, en operaciones sobre los músculos oculares.

Como se ve, la operación ha sido extraordinariamente feliz; no sólo ha salvado al órgano del peligro inminente de pérdida en que estaba, sino que se han restablecido en él parte de las funciones abolidas y mejorado las que le quedaban.

Este éxito notable nos enseña que las lesiones recientes son susceptibles de desaparecer y las antiguas desgraciadamente no, como ya es bien sabido; por lo tanto, debemos intervenir sin pérdida de tiempo en los nuevos casos que se presenten.

México, abril 6 de 1904.

DR. LORENZO CHÁVEZ.

LA SOCIEDAD MEDICA "PEDRO ESCOBEDO."

El nuevo personal de su mesa es el siguiente:
 Presidente, Dr. Alberto López Hermosa.
 Vicepresidente, Dr. Gregorio Mendizábal.
 Primer Secretario, Dr. Francisco de P. Millán.

Segundo Secretario, Dr. Angel J. Nieto.
 Tesorero, Dr. Rafael López.
 Bibliotecario, Dr. Adolfo W. Vélez.

DO CIVIL		CUARTELES DE LA CIUDAD							
Viudos	Ignorado	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	I	»	»	»	»	»
2	»	»	2	I	»	1	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	I	»	»	»	I	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
8	I	20	36	28	9	20	6	5	5
38	12	58	77	91	34	46	28	20	9
»	»	I	I	3	3	5	I	2	8
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	I	»	»	»	»
2	»	4	8	5	3	6	2	2	I
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	6	»	»	»	I	I	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	4	2	2	»	I	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
I	»	»	»	I	»	»	»	»	»
51	13	83	135	132	52	78	40	30	23