

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX

Madrid 1.º de Febrero de 1905

Número 423

## APUNTES DE CIRUGÍA DE GUERRA

DE LA ÚLTIMA CAMPAÑA DE CUBA

(Conclusión).

*Anestesia quirúrgica.*—Al terminar estos apuntes, cúmplenos consignar, para honra de estas clínicas y satisfacción de sus Cirujanos, que en los centenares de anestias allí verificadas, ya con el fin de practicar operaciones ó con el de someter al enfermo á necesarias exploraciones y reconocimientos, de suyo muy dolorosos, jamás hubo que lamentar ningún accidente desgraciado, no raros, por cierto, en centros hospitalarios de tan activo movimiento quirúrgico: hecho que confirma y avalora la excelencia del empleo del cloroformo, único medio usado para la obtención de objeto de tan delicada importancia, y que justifica una vez más la exclusiva preferencia que dan á este anestésico todos ó casi todos los Cirujanos de Europa.

*Métodos curativos.*—Como en la época en que se ha desarrollado esta campaña eran ya clásicos, por su general y exclusiva aplicación en terapéutica quirúrgica, los procedimientos antisépticos y asépticos, preciosa conquista de la moderna cirugía, no siempre fáciles de aplicar, por desgracia, durante el fragor de los combates, demás está decir que dichos métodos fueron empleados con todo su rigor en estas clínicas, contribuyendo como el más importante factor á los felices resultados en ellas obtenidos.

*Acción de los climas cálidos sobre las heridas.*—Un hecho por demás interesante y para nosotros desconocido, que nos ha reve-

lado la experiencia adquirida en el tratamiento de las heridas de guerra en la campaña de Cuba, que se refiere á la favorable influencia que ejercen aquellos climas sobre el cuerpo y reparación de los traumatismos y causas que explican esta mayor rapidez con que recorren sus períodos estos procesos, comparados con sus análogos en los nuestros, muy evidente sobre todo en la raza de color, merecía ser expuesto en estas páginas, y tal era nuestro pensamiento, á cuyo efecto habíamos ordenado los apuntes recogidos sobre el particular con ánimo de añadirlos á este modesto trabajo; pero después de la pérdida de nuestras colonias, parecemos que esta clase de estudios carecen de oportunidad y han perdido su aplicación. Demás de esto, la circunstancia de haber sido tratado este punto, no hace mucho, por los Sres. Gómez Flório y Aycart, con su reconocida competencia, les privaría también de novedad é interés, por cuyas razones hemos desistido de consignarlos.

*Estadística del bienio.*—Como complemento de estas notas clínicas, y para dar idea de la labor realizada en el departamento de Cirugía de Alfonso XIII, creemos digno de consignarse algunos datos sobre el movimiento de heridos habido en este hospital y del resultado obtenido en su tratamiento.

En el bienio reseñado, se han asistido en sus clínicas 2.798 heridos de todas categorías, Generales, Jefes, Oficiales é individuos de tropa.

De este número curaron 2.557, y fallecieron 85 solamente, resultando entre ambas cifras la favorable proporción de 3 muertos por cada 100 curados. El mencionado número de asistidos dió lugar á 305 principales intervenciones operatorias, 282 con resultado favorable y adverso las 23 restantes, lo que arroja una proporción de poco más de un 7 por 100 de defunciones; resultados que, si se comparan con los obtenidos en las más recientes campañas europeas, nos son altamente favorables.

H. PELÁEZ,  
Médico Mayor.



## Prensa y Sociedades médicas.

**Traumatismos del testículo.**—El Dr. Hamonic acaba de publicar un extenso trabajo, en el que comienza por razonar los medios de protección testiculares que evitan estos accidentes, ocupándose sucesivamente de las heridas, las contusiones y las heridas contusas.

Las heridas pueden ser producidas por instrumentos punzantes, cortantes ó contundentes.

Las *heridas* por instrumentos punzantes son las más leves; hay que tener en cuenta el grosor del instrumento vulnerante, la profundidad á que penetró, la dirección, etc., y la edad del enfermo. En esta última condición hace hincapié, con el objeto de poner de relieve la mayor benignidad de las lesiones en el testículo de los viejos, por ser un órgano atrófico, que se endurece y esclerosa más que los de los jóvenes, en que el órgano goza de plena actividad funcional, siendo además más grave la herida cuando hay inversión testicular, por la fácil lesión del epididimo, que acarrea la mayor parte de las veces una orqui-epididimitis traumática con sufusión sanguínea intersticial.

Para comprobar su aserto cita casos de punciones del testículo, al operar hidroceles en viejos, en que la herida se curó á los ocho días sin más fenómenos que formarse unas gotas de sangre.

Los síntomas de las punturas testiculares son: dolor, que puede ser bastante intenso en los jóvenes, menos en los adultos y casi nulo en los viejos. Si el epididimo está herido, el dolor es más vivo y la pequeña hemorragia más abundante.

La curación puede ser espontánea y rápida si el instrumento está aséptico; en caso contrario, se declara la orquitis traumática, que puede supurar, siendo esto lo más grave; el reposo, las compresas de hielo, los antiflogísticos y una ligera compresión, particularmente si se sospecha un derrame, son los indicados.

Hay que tener presente, al operar el hidrocele, que si herimos el testículo están seriamente contraindicadas las inyecciones de tintura de iodo que comunmente se usan, ó de cualquier líquido irritante, por la posibilidad de producir la gangrena del testículo al penetrar el líquido de la inyección en el parénquima del órgano á través de la túnica albugínea; en este caso es preciso operar como si se tratase de hacer la cura radical del hidrocele.

Las heridas con instrumentos cortantes son más raras que las precedentes, y por otra parte, muy análogas. En el tratamiento sólo hay que procurar abrirse paso si no lo hay y suturar, extirpando la masa de conductos seminíferos que esté herniada; esto cuando la herida es reciente, pues si data de algunos días y el parénquima herniado cambia de color y se oscurece, hay que dejar su curso

natural al proceso, para que de este modo se limite bien el esfacelo.

Las *contusiones* se observan en los jinetes, y se cita la posibilidad de efectuarse al aproximar los dos muslos, lo que resulta dudoso.

Sus síntomas, por ligera que sea la contusión, son alarmantes; el dolor adquiere una violencia extrema, pues á pesar de ser local se irradia por las ingles y la región lumbar, siguiendo los filetes abdomino-genitales. Este dolor es particular, de forma sincopal, y trasciende á todo el sistema nervioso de la vida vegetativa. El enfermo se torna lívido, su piel se recubre de un sudor frío, siente sensación de mareo, náuseas, vómitos, lipotimias y á menudo llega al síncope. Se han referido casos de muerte súbita á consecuencia de una violenta contusión testicular.

Poco á poco se calma y se desarrolla una orquitis aguda, que termina por la atrofia del órgano, ó, en casos más graves, por supuración y gangrena.

El tratamiento se reduce: al reposo, emolientes, antiflogísticos, curas húmedas, calmantes generales, y más tarde, cuando los fenómenos inflamatorios han desaparecido, la compresión para facilitar la reabsorción del derrame que casi siempre acompaña á esta clase de lesiones.

Si aparece la supuración ó la gangrena, hay que hacer una abertura en la albugínea, que calma el dolor y acelera la curación, por más que se le ha imputado, sin fundamento clínico, que favorece la eliminación de conductos seminíferos, sucediendo todo lo contrario, pues la incisión da lugar á que se hernie el parénquima, comprimido y que necesariamente, por el hecho de la compresión, estaba destinado á mortificarse.

En las *heridas contusas* sucede, la mayor parte de las veces, que el testículo se encuentra triturado y reducido á papilla; en este caso la cirugía conservadora es más perjudicial que útil, pues si se conserva el órgano siempre será un testículo inútil, y, por otra parte, la posibilidad de la supuración, gangrena, septicemia, flebitis, etc., etc., nos induce á sostener que lo mejor es practicar la castración desde el primer momento.

(*Rev. d'Andrologie et de Gyn. de Paris*).

\* \* \*

**Sobre la exploración clínica del sentido muscular.**—*Dr. Chapparde* (de Génève): Esta exploración participa de las dificultades inherentes á todas las determinaciones de la sensibilidad. Los individuos explorados titubean, se contradicen, siendo con frecuencia imposible expresar por una cifra el grado de agudeza sensible. Para mensurar el estado de la sensibilidad profunda, es lo más sencillo y práctico en clínica recurrir á la comparación de pesos; puédesse también hacer comparar los volúmenes de pequeños cubos de madera de 20 á 30 milímetros de lado.

Es un hecho comprobado que los enfermos contestan con mayor



acierto y precisión cuando, en lugar de hacerles apreciar *sucesivamente con la misma mano* dos pesos ó dos volúmenes, se les permite una comparación inmediata colocando *simultáneamente en cada mano* uno de los referidos pesos ó cubos. En este caso ocurre que los enfermos afectos de trastornos de la sensibilidad ó de la motilidad encuentran uno de los pesos ó de los volúmenes mayor que el otro, á pesar de que son exactamente iguales. Pero, cosa rara y curiosa: un cierto número de cuidadosas experiencias realizadas, atestiguan que no existe paralelismo alguno entre la fuerza motriz y la sensibilidad de un miembro y el sentido de la estimación del peso ó del volumen apreciado por dicho miembro; es decir, que ciertos enfermos sobre-estiman los pesos con su brazo parético ó hipoestésico, mientras que otros hacen lo propio con el brazo sano. Obsérvese lo mismo relativamente á la sobre-estimación del volumen.

Tampoco se nota un regular y constante paralelismo entre las sobre-estimaciones del peso y del volumen; todas las combinaciones son posibles: algunos enfermos sobre-estiman los pesos y los volúmenes con el brazo sano, otros lo verifican con el enfermo, y los hay que sobre-estiman los cubos y desestiman los pesos con el brazo enfermo, etc.

Estas experiencias, que por la importancia que revisten reclaman ser atentamente proseguidas y ahondadas, demuestran que la complejidad en las diferentes modalidades del sentido muscular es, con toda probabilidad, mayor aún de lo que generalmente se creía. Un muy considerable número de factores sensibles, motores y cerebrales, intervienen en las percepciones del peso, del volumen, de la forma y de la posición. Es indispensable conocer bien su respectivo papel si se quiere interpretar y discernir los resultados proporcionados por los procedimientos usuales exploradores del sentido muscular.

(Rev. Fren. Española).

\* \* \*

**Caries del malar con absceso de la órbita.**—Publica el Doctor M. Menacho, de Barcelona, el siguiente caso clínico:

Rita B., de cuatro años, se presentó en mi Dispensario el 13 de Diciembre último, cuando hacía ocho días que sufría por primera vez del ojo derecho. Trátase de una niña bien conformada, de complejión enclenque á consecuencia de su deficiente alimentación (poliadenopatía, escrofulismo), pero que ha disfrutado siempre excelente salud, existiendo como único antecedente patológico el sarampión, que padeció hace un año.

El origen de la enfermedad se remonta, como llevo dicho, á ocho días, sin que pueda atribuirle la familia á ninguna causa precisa; no ha habido traumatismo.

Empezó por manifestarse abultamiento y enrojecimiento de los párpados y de la conjuntiva, dolores, destemplanza y posteriormente fiebre con el estado saburroso indispensable, y al presentarse

en el Dispensario llamaba la atención lo siguiente: un considerable edema de los párpados, cuya separación es muy laboriosa, pero una vez lograda se observa ligero edema de la conjuntiva ocular y propulsión del ojo, conjuntiva insensible, así como la córnea; el centro de esta membrana está desprovisto de epitelio. El edema del párpado inferior se extiende hasta la mejilla. Infarto del preauricular derecho. Fosa nasal y bóveda del paladar normales.

A los dos días se había acentuado el edema del párpado inferior y pudo comprobarse fluctuación profunda entre el reborde orbitario inferior y el ojo, correspondiendo á un absceso de la pared inferior de la órbita, por lo cual se procedió en el acto á la dilatación, incindiendo los tejidos en la parte externa del párpado inferior, con lo que se dió salida á una enorme cantidad de pus, practicando luego un gran lavado interno con la solución al 2 por 100 de ácido fénico, pudiéndose comprobar que la cavidad del absceso admitía una gran cantidad de líquido, el cual, después de penetrar en la órbita, propulsaba el párpado superior. No fué posible hallar el foco originario de la supuración, ni pudo precisarse que existiese lesión de los huesos en la base de la órbita, pues incluso el malar no presentaban alteración perceptible, ni por medio del cateterismo pudo llegarse al foco de la supuración ni comprobarse la existencia de caries en el suelo de la órbita, por lo que se diagnosticó *celulitis orbitaria supurada*.

Los síntomas generales remitieron inmediatamente después de la dilatación, los locales cedieron con gran rapidez, y á fines de Diciembre estaba completamente cicatrizado en excelentes condiciones, ya que la supuración cedió progresivamente, á la par que disminuía la capacidad de las paredes del absceso, y transcurridos tres días desde la cicatrización completa desapareció la paciente, á la que no volvió á ver hasta tres semanas más tarde, motivando su reaparición el haberse abierto pocos días antes un trayecto fistuloso por el que salía una pequeña cantidad de pus, trayecto que se destruía con facilidad, pero volvía á abrirse por sí solo en cuanto se acumulaba una cierta cantidad del mismo.

Al practicar el reconocimiento del trayecto fistuloso pudo comprobarse que el orificio exterior correspondía á la incisión por la que se evacuó el pus, y la sonda conducía á una superficie rugosa, dura, ósea, situada en la pared inferior de la órbita á unos 2 centímetros por detrás del reborde orbitario y un poco por fuera de su línea media, y que, practicando una inyección, admitía poco líquido y éste no se desparramaba por los tejidos de la órbita, sino que se quedaba en las inmediaciones del orificio cutáneo y rezumaba al momento por el mismo.

En vista de los datos referidos se prescribió el aceite de bacalao y un buen régimen alimenticio, practicándose diariamente inyecciones de éter iodofórmico al 10 por 100, con lo cual la supuración ha desaparecido casi por completo (aunque aún no ha cesado).

Reconstruyendo el proceso patológico, vemos que se trata de

una osteoperiostitis de la cara superior (ú orbitaria) del malar, que terminó por supuración, y atravesando el pus el periostio, se vertió en la porción posterior ó retrotenoniana de la órbita, esparciéndose, infiltrándose por toda ella y llenándola hasta abombar las expansiones aponeuróticas que cierran por delante el espacio óculo-orbitario. La compresión de los nervios ciliares por la dislocación de los tejidos, originada por la colección purulenta, explica la anestesia de la córnea y la caída de su epitelio.

En cuanto se dió salida al pus por la parte más baja, cesó la infiltración de los tejidos, y quedando asegurado el desagüe por la vía más breve y declive, cesó la inflamación, reapareció la sensibilidad y la supuración fué agotándose, aunque no cesó, bastando que se interrumpiese el dragado durante algunas semanas para que se acumulase el pus, obligando á llevar nuevamente la niña al Dispensario.

El verdadero tratamiento en estos casos consiste en dilatar el trayecto fistuloso y atacar directamente la lesión ósea; pero, ante todo, conviene no olvidar las condiciones del terreno cuando se trata de individuos llegados al límite de la miseria orgánica, como el del caso actual.

Cree el Dr. Menacho que merece referirse esta forma anómala de caries del malar, que se separa de la clásica, que se abre por la cara anterior, sobre todo por haberse coleccionado el pus en la órbita simulando el flemón orbitario.

(*Arch. de Ophthalmolog. Hispano-Americana*).

\* \* \*

**Observaciones acerca de ciertos accidentes post operatorios imprevistos de la cirugía abdominal** —El Dr. *M. H. Richardson*

leyó un trabajo fundado en su experiencia, sobre todo de la cirugía abdominal, y referente á casos fatales. Se ocupó de cuatro clases de accidentes de este género: 1.<sup>a</sup>, supresión de la orina; 2.<sup>a</sup>, muertes inexplicables con síntomas sépticos locales y generales, pero sin descubrir el menor foco de bacterias; 3.<sup>a</sup>, hemorragia capilar imposible de contener; 4.<sup>a</sup>, embolia pulmonar.

La supresión de orina puede considerarse como un accidente inevitable cuando ocurre después de que los análisis repetidos han demostrado que su composición es normal. La influencia del éter empleado para la anestesia no es suficiente por sí sola para producir la anuria en estos casos. Depende, según toda probabilidad, de una alteración patológica de la orina. Esta anuria puede prevenirse, evitando operar, excepto en los casos imperiosos, cuando se descubre la enfermedad renal más insignificante, sobre todo insuficiencia de la eliminación de urea.

Después de las operaciones abdominales, se observan casos rarísimos de muerte en los que es imposible descubrir la menor causa patológica. En un caso bastante instructivo, después de una operación aséptica, aunque difícil, la enferma presentó el cuadro típico

de la peritonitis general mortal. No fué posible descubrir el menor indicio de infección bacterica, ni al practicar la autopsia ni en los análisis del laboratorio. Es indudable que existía una infección, pero fué debida á un germen que no produce ninguno de los signos físicos ordinarios de la sepsis, que no se desarrolla en los medios de cultivo comunes ni se tiñe por los reactivos usuales.

La hemorragia capilar, imposible de contener, puede considerarse como un accidente imprevisto sólo cuando sobreviene después del estudio minucioso de la sangre respecto á su coagulabilidad y á otras condiciones que predisponen á la hemorragia. La hemorragia capilar que sobreviene en las personas que padecen ictericia, es en ciertos casos imposible de contener. El último caso fatal de este género que ha observado el Dr. Richardson, la hemorragia se produjo en la curvadura menor del estómago, sitio distante del área operatoria, aunque la sangre se coagulaba con facilidad. En otro caso se produjo una hemorragia capilar, é imposible de contener, á consecuencia de una operación sobre el conducto colédoco un año después de haberse formado una fístula biliar. En este caso la bilis no se derramó en el intestino mientras persistió la fístula.

El accidente más común es la muerte repentina por embolia pulmonar. La causa de la muerte no puede predecirse ni evitarse. En muchos casos no se observan síntomas prodrómicos, lo que hace suponer que la causa no es la flebitis, porque en ésta va acompañada de síntomas. La embolia pulmonar se ha observado con más frecuencia después de las operaciones pelvianas en mujeres que padecían tumores ováricos ó uterinos voluminosos, y sobre todo en las angústias á causa de los fibroides hemorrágicos.

(Asoc. Amer. de Cir.)

\*  
\*  
\*

**Tratamiento de la iritis sifilítica.** — Terrien: *Tratamiento general:* Es el de la sífilis en general. Será siempre intensivo, porque la iritis sifilítica, aunque benigna en apariencia, es siempre grave y una afección que puede tener las consecuencias más funestas.

*Tratamiento local:* Hay que distinguir dos casos:

a) *El ojo tiene la tensión normal ó ligeramente disminuida.* Es lo más frecuente; se instilará una ó dos veces al día, según la intensidad de la afección, una solución de atropina al centésimo. La atropina es el fundamento del tratamiento local, y llena un triple objeto: suprime las alternativas frecuentes de contracción y dilatación de la pupila bajo la influencia de las variaciones de luz y concede reposo al iris, condición primera que hay que llenar en toda inflamación. En segundo lugar, la dilatación de la pupila tiene como consecuencia el estrechamiento de los vasos iridianos, y como consecuencia la disminución del aflujo sanguíneo. Por último, la atropina, suprimiendo el contacto de la membrana iridiana con el cristaloides anterior, *impedirá la formación de adherencias entre las*



dos superficies y romperá las sinequias nuevamente formadas si éstas no son muy resistentes.

Una vez las adherencias establecidas, se multiplicarán las instilaciones de atropina; ejecutadas mucho tiempo pueden llegar á romper sinequias rebeldes. La solución se prescribirá así:

Sulfato neutro de atropina.... 10 centigramos.  
Agua destilada y hervida..... 10 gramos.

A esto se añadirán dos ó tres sanguijuelas aplicadas en la sien del lado enfermo. La medicación antiflogística da en caso semejante excelentes resultados: el enrojecimiento del ojo disminuye, los dolores desaparecen y el enfermo concilia el sueño. Además, esta sangría local, descongestionando el iris, hace más eficaz la acción del midriático y favorece la dilatación de la pupila. Las aplicaciones de compresas calientes varias veces al día, el llevar cristales ahumados (tinte núm. 3), las fricciones euotidianas en la sien del lado enfermo con unguento mercurial belladonado, los purgantes ligeros, los baños tibios sinapizados, y en los casos severos una inyección de morfina en la sien, completan la medicación.

b) *La tensión está aumentada.* El midriático es inútil y peligroso; no obra en presencia de la hipertensión, y no daría más resultado que elevar más aún ésta. Se multiplicarán las emisiones sanguíneas, sanguijuelas á la sien, ventosa de Heurteloup (siempre inferior á las sanguijuelas como efecto terapéutico), compresas calientes, calmantes; la atropina se reemplazará por los mióticos.

Se prescribe, por ejemplo:

Nitrato de pilocarpina... 10 centigramos.  
Salicilato de eserina..... 2        »  
Agua destilada hervida..... 5 gramos.

Para hacer dos ó tres instilaciones diarias.

En los casos rebeldes, una paracentesis de la córnea, disminuyendo la tensión, permitirá obrar al midriático.

La iridectomía, que ha sido recomendada para combatir la inflamación, no se practicará sino, excepcionalmente, en el curso de la iritis. Esta iridectomía puede indicarse más tarde: ya, con objeto óptico, en la oclusión de la pupila, ya como operación antiglaucomatosa.

(*La Presse thérap.*)

\*  
\* \*

**Reumatismo tuberculoso anquilosante.**— Los Dres. *Poncet* y *Leriché*: El reumatismo tuberculoso anquilosante se define por sí mismo: es una variedad de las manifestaciones articulares, *únicamente inflamatoria*, en la cual la anquilosis debe considerarse, no sólo como la regla, sino casi como una fatalidad, sea cual fuere el tratamiento empleado. Su historia reciente data de nuestra comu-

nicación á la Academia de Medicina sobre el reumatismo tuberculoso, puesto que entonces dimos á conocer la existencia de esta variedad de reumatismo infeccioso. Desde esta época la cuestión del reumatismo tuberculoso se ha ensanchado y se han adquirido definitivamente nociones importantes, hasta tal punto, que actualmente estas lesiones articulares, esencialmente plásticas, que dan lugar á las anquilosis óseas, y que jamás se hubiera pensado en atribuir las á la tuberculosis, no son más, sin embargo, que una resultante de esta infección de caracteres raros, teniendo en cuenta las ideas clásicas que aún reinan en materia de tuberculosis osteo-articular; tales lesiones constituyen el verdadero reumatismo tuberculoso anquilosante. Pero es necesario llamar la atención sobre un punto importante, que consiste en la distinción absoluta que debe hacerse entre el reumatismo tuberculoso crónico anquilosante *d'emblée* y los otros procesos articulares ó viscerales debidos á la evolución esclerosa de un foco tuberculoso necrótico, la transformación *in situ* de la granulación ordinaria en granulación de Bayle ó tubérculo fibroso, y la reacción esclerosa de los tejidos sanos á una distancia más ó menos grande, y algunas veces muy lejana. Estas cirrosis serosas viscerales son asimilables á las transformaciones fibrosas, lardáceas, etc., de los tejidos periarticulares, como ocurre, por ejemplo, en los tumores blancos. En el reumatismo tuberculoso anquilosante, las artitis son, ante todo, secas, fibrosas, osteo-formativas, aunque pueden ser hidrópicas al principio y durante un tiempo variable, si bien desecadas espontáneamente ó por medio de las punciones entran desde este momento en la categoría de las artritis secas *d'emblée*. Trátase de una osteosinovitis superficial, en la que la sinovial, la cápsula, los ligamentos y el revestimiento articular están interesados mucho más que las epífisis y que su periostio. Los masivos óseos quedan relativamente indemnes, y las extremidades articulares, íntimamente unidas por un cemento ebúrneo de nueva formación, conservan su forma normal.

Gran número de veces hemos encontrado el reumatismo crónico deformante de naturaleza bacilar. En cuanto al reumatismo tuberculoso anquilosante, tal vez es menos frecuente, pero es necesario no olvidar que más bien se le ha estudiado hasta el presente desde el punto de vista ortopédico y de su tratamiento que desde el punto de vista etiológico. En presencia de anquilosis óseas mono ó poli-articulares, sobrevenidas preferentemente en individuos jóvenes, aparte de todo traumatismo é infección apreciable, la experiencia clínica nos ha enseñado que es necesario pensar con frecuencia en la tuberculosis, se tratara de la primera localización aparente ó fueran las lesiones articulares concomitantes de otras lesiones bacilares, ó, en fin, que aparecieran más ó menos tiempo después de estas últimas. En estos dos últimos años hemos visto muchas veces que el reumatismo tuberculoso anquilosante iba desde la anquilosis de una sola articulación hasta las anquilosis múltiples y generalizadas. En este último caso, invadía todas las articulaciones vertebrales,

las grandes articulaciones de los miembros, etc., permitiendo suponer que todas las articulaciones estarían algún día interesadas y que todos los segmentos articulares no formarían más que una sola vara rígida.

Dos observaciones son particularmente típicas: Una muchacha de veintidós años entró en nuestra clínica con una anquilosis ósea del codo derecho. El miembro estaba en completa extensión, y la articulación en la imposibilidad de ejecutar el menor movimiento activo ó pasivo. Sin antecedentes hereditarios de ningún género, sin traumatismo, sin causa apreciable cualquiera, el codo se ha anquilosado; colocada como doméstica, pudo continuar trabajando, pero los movimientos de la articulación cada vez fueron más limitados; cuando entró en el hospital la encontramos una anquilosis completa, una sinostosis de la articulación, como lo confirmó el examen radiográfico. Esta soldadura ósea se ha producido lenta y progresivamente, sin provocar ninguna supuración, ninguna fístula, en una palabra, ninguna lesión tuberculosa destructora, como lo atestiguan la integridad del esqueleto, su conformación normal y la ausencia de toda cicatriz cutánea. La etiología de esta artritis esclerosa es, desde luego, oscura, faltando precisamente una etiología infecciosa ordinaria; sin embargo, resulta de las más claras cuando se tiene en cuenta que esta joven tiene una caries seca típica del hombro izquierdo, la cual data de dos años; aquí se trata indudablemente, por esta última lesión, de una artritis francamente tuberculosa. La prueba por la tuberculina, la serorreacción, etc., la historia clínica y la observación prolongada de estos enfermos han establecido, en efecto, que no había otra patogenia para estas lesiones de apariencia tan distinta que la que nosotros invocamos.

En otra enferma, la rodilla derecha comienza á ser dolorosa hacia la edad de los doce años, dolor que dificulta la marcha; durante quince ha sido hospitalizada en distintas clínicas con el diagnóstico de *artritis crónica reumática*, sin que tuviera accidentes agudos ni ningún absceso; más tarde, y después de repetidos ataques dolorosos, que nunca han cambiado los caracteres de artritis seca á la lesión, la articulación enferma se anquilosó y la fusión ósea fué completa. Ahora, más de treinta años después de la aparición de esta artritis, la rodilla anquilosada en una buena posición permite desde hace tiempo una marcha casi normal. La naturaleza de los accidentes iniciales y consecutivos no es dudosa, puesto que la enferma es una vieja tuberculosa que tose todos los inviernos, que ha expectorado sangre en diversas ocasiones, etc.; actualmente es una tísica. No hay duda, pues, respecto de la naturaleza tuberculosa de su artritis anquilosante.

Posemos, y hemos hecho publicar, muchas otras observaciones semejantes de reumatismo tuberculoso mono-articular que afecta la forma del reumatismo llamado simple y crónico, y que se termina por la anquilosis completa. También hemos visto esta terminación después de uno ó muchos ataques de reumatismo articular agudo,

invadiendo entonces la anquilosis un número mayor ó menor de articulaciones.

En fin, diversos hechos debidos á Marangos, Barbier, Broca, Varrion y Vallas, se refieren á casos típicos de reumatismo tuberculoso anquilosante. Podemos, pues, formular en algunas líneas las conclusiones siguientes:

El reumatismo tuberculoso puede presentarse bajo la forma de artritis secas, plásticas, que conducen casi fatalmente á la anquilosis ósea de las articulaciones enfermas, forma que merece el nombre de reumatismo tuberculoso anquilosante. Según los casos, interesa una, muchas ó todas las articulaciones; la espondilosis rizomélica le pertenece con frecuencia, lo propio que otras variedades de manifestaciones tuberculosas anquilosantes. Se distingue con facilidad por sus lesiones exclusivamente inflamatorias, sin granulaciones, ni fungosidades, ni infiltración caseosa, etc., de los tumores blancos, de las osteo-artritis tuberculosas, y también del reumatismo tuberculoso crónico deformante. Probablemente es debido á una toxi-infección de origen bacilar, sea que el veneno tuberculoso proceda, caso el más frecuente, de focos tuberculosos virulentos lejanos, larvados ó aparentes, sea que esté elaborado en el torrente circulatorio. Esta bacilemia explicaría el *reumatismo tuberculoso anquilosante primitivo*, es decir, el que bajo la forma de reumatismo articular agudo, tipo de Bouillaud, es la primera manifestación de una bacilosis que ningún signo permitiría suponer. Enfermedad siempre grave desde el punto de vista funcional y relativamente benigna en su forma mono y poli-articular, el reumatismo tuberculoso anquilosante constituye una horrible deformidad en su forma generalizada, donde el esqueleto está constituido por un bloc óseo ó una barra rígida. De todos modos, representa siempre el índice de una infección que puede, según ciertas circunstancias, cambiar de caracteres, hacerse más virulenta y más grave, interesando tal ó cual víscera. Ante artritis y poliartritis plásticas anquilosantes se pensará en la tuberculosis como causa patógena, y aún se pensará más en ella cuando el individuo no haya padecido ninguna otra infección.

El Dr. *Cornil*: En otra época había manifestado mis reservas respecto á la naturaleza tuberculosa de estos reumatismos, pero actualmente el hecho me parece claro. Se pueden comparar estas alteraciones articulares con las diversas lesiones viscerales que se observan en los tuberculosos, y que también son debidas exclusivamente á las toxinas tuberculosas (esclerosis del páncreas, lesiones diversas del riñón, del hígado, etc.)

(*Acad. de Med. de Paris*).

\*  
\*  
\*

**Fibro-angioma del septum.**—Publica el Dr. García Tapia el siguiente caso clínico:

Rosa Soriano, de veintiséis años, casada desde hace cuatro, natu-



ral de Madrid, habita en el paseo de la Florida, 1 y 3. Se presenta en nuestra consulta el 22 de Abril de 1903, extremadamente anémica por intensas y repetidas hemorragias por la fosa derecha, y con un tumor que deformaba mecánicamente el ala de la nariz y asomaba por la ventana nasal del mismo lado. Está embarazada de ocho meses.

La menstruación ha sido normal siempre. En Agosto de 1901 tuvo el primer hijo, y durante el cuarto mes de aquel embarazo tuvo dos ó tres abundantes epistaxis (no recuerda por cual fosa), que desaparecieron por sí solas. No notó obstrucción nasal. Á los ocho meses de la lactancia reapareció la menstruación, y á poco quedó embarazada; cuando el embarazo contaba seis meses, comenzaron las epistaxis por la fosa derecha, que si bien muy moderadas al principio, no dejaban de ser constantes. Como no tenía dolores ni encontraba dificultad respiratoria, no lo dió importancia, creyendo que, como en el anterior embarazo, desaparecería espontáneamente. Pero la rebeldía de las hemorragias y su intensidad creciente, unido á que la fosa nasal derecha se comenzaba á obstruir, le hicieron ver un especialista, quien, por respeto á lo avanzado del embarazo, limitó su acción á los taponamientos con gasa empapada en adrenalina. Las hemorragias continuaron, la anemia se iba haciendo más profunda y el tumor crecía, hasta el punto de deformar por distensión el ala derecha de la nariz y asomar por la ventana.

En este estado, y con una epistaxis alarmante, en más abundancia por la fosa sana que por la enferma, la vió el Dr. García Tapia por primera vez el 22 de Abril de 1903.

Después de bien lavadas las fosas, no encontró nada digno de mención en la izquierda. Por la ventana de la fosa derecha asoma un casquete del tumor, que, empujando el ala, le abomba extraordinariamente; el tabique no ha sufrido desviación alguna.

El tumor, del tamaño de una nuez pequeña, es liso, rojo oscuro en algunos sitios, violáceo en otros, de mediana consistencia. Un estilete introducido siguiendo el suelo de la fosa correspondiente, no encuentra obstáculo alguno á su paso, ni al contornear el neoplasma por abajo, por fuera y por arriba; sólo por el lado interno se encuentra un punto adherente en la parte antero-inferior del tabique. Es perfectamente movable y rodadero alrededor de su eje transversal, de tal modo, que sin la exploración anterior se podría creer que estaba libre en la fosa.

Se trataba de un *pólipo hemorrágico* implantado en la parte antero-inferior del tabique.

Propuso urgentemente la intervención, y aceptada por la enferma, procedió en el acto á la cocaína-adrenalización, no sin advertirla la influencia que ello pudiera tener en el embarazo, lo cual, por otra parte, no era de temer, pues el feto tenía ya ocho meses.

Con la adrenalina se produjo una disminución insignificante del tamaño del tumor.

La extirpación con el asa galvánica no ofreció dificultad alguna;

del punto de implantación del tumor, situado en la parte inferior de la mancha vascular ó lugar de elección de la epistaxis, brotaba sangre en abundancia. Sobre todo por una pequeña arteriola, ramo terminal de la rama inferior de la esfenopalatina interna, salía un chorro que se elevaba 4 ó 5 milímetros. Cauterizó con el galvano el vaso que sangraba, y con esto y el taponamiento la hemorragia se detuvo completamente. Reposo absoluto; prohibición de sonarse la nariz.

En los días sucesivos cesa la hemorragia y se suspende el taponamiento. Vaselina boricada para facilitar la cicatrización y eliminación de las costras.

El día 2 de Mayo reaparece, aunque muy moderada, la epistaxis. El tumor se había reproducido *in situ*. Nueva extirpación el día 4; en doce días había adquirido el tamaño de un garbanzo grande. Raspado enérgico y cauterización del sitio de implantación con el galvano; taponamiento. Cede la hemorragia; supresión de taponamiento; pomada boricada.

Deja de ver á la enferma hasta el día 19 de Junio; nos dice que hace veinte días ha dado á luz, sin el menor trastorno, un hermoso niño de todo tiempo; que no ha vuelto á tener epistaxis, y que se encuentra muy bien. Pero examinada la fosa nasal, se ve en el mismo sitio una nueva reproducción, del tamaño de un guisante, que sólo sangraba al tocarlo con el estilete. Nuevo raspado, hasta casi perforar el tabique; cauterización.

Hoy, al cabo de catorce meses, sigue completamente bien, apreciándose una depresión del tabique en el sitio que se raspó. La enferma está desconocida de robustez y buen color.

El tumor, desde el punto de vista anatomopatológico, es un *fibroangioma*.

De este análisis deduce que se debe desechar del grupo de pólipos sangrantes los tumores hemorrágicos no pediculados (sarcomas, epiteliomas) y los angiomas cavernosos puros, difusos, situados en la fosa nasal, lesión en verdad rarísima.

Estudia la etiología y patogenia de este caso, y sostiene que los trastornos vasculares y de tensión sanguínea que acompañan la menstruación y el embarazo pueden ser favorecedores de epistaxis, supletorias del estado menstrual (caso de Garel) ó por exceso de tensión sanguínea en el estado gravídico.

Cuanto á la formación del tumor, dice el Dr. García Tapia, ¿no podría aceptarse la idea de que en un pólipo fibroso ó mixomatoso, por ejemplo, implantado en una zona tan vascular cual el área de las epistaxis, por efecto de las alteraciones del sistema vascular en el embarazo se avivase de exuberante modo la proliferación de los vasos, dando nuevo carácter á la neoplasia? Esto implicaría la pre-existencia de un pólipo que pasó inapercibido. Por lo demás, el hecho de ser tumores mixtos ayudaría á admitirlo.

Su patogenia, siguiendo en esto á la de los demás tumores, permanece obscura, y nosotros no pretendemos otra cosa que aportar una observación más que se sume á las de Schadowaldt, Hasslauer,

Garel, Nadolezny, etc., en las que se presenta con el embarazo un pólipo sangrante.

Respecto de la edad y sexo, dice que de veinte á cincuenta años era la en que más á menudo se observan estos tumores. Se presentan con una frecuencia mucho mayor en el sexo femenino, y su coexistencia frecuente con el embarazo indica, como hemos dicho anteriormente, que este estado puede favorecer su desarrollo.

Por orden de frecuencia se les encuentra implantados: en la mancha vascular, inmediatamente por debajo de ella en la parte más antero-inferior del tabique (caso nuestro), en el centro del cartilago septal (caso de Thompson), en la parte más superior de éste (caso de Herbert), etc. Indiferentemente se les ha observado en una ó en otra fosa.

*Tamaño, color, forma, etc.*—El tamaño es muy variable, desde el de un guisante hasta el de una nuez, como el caso que motiva esta historia; los hay de todos los tamaños intermedios. El extirpado á esta enferma es realmente de los mayores. Del tamaño y del sitio depende, como es natural, la obstrucción nasal.

Por regla general son redondeados, aunque al crecer se adaptan á la forma que les deja tomar la fosa nasal; como casi siempre están situados en la parte más antero-inferior, se dirigen hacia el vestíbulo nasal, y el ala de la nariz les deja expansionar holgadamente. Suelen ser lisos, salvo en los sitios por donde la sangre se escapó, que se encuentran cubiertos de costras hemáticas; de color rojo más ó menos violáceo, consistencia más dura que los mixomas y menos que los fibromas. Suelen verse surcados de vasos gruesos y turgentes.

No se aprecia en ellos latido, á pesar de su importancia vascular. Apenas ceden de tamaño bajo la acción de la adrenalina.

La epistaxis es el hecho más constante de su sintomatología. Proceden al estadio de obstrucción en algunos casos (caso nuestro), y en otros es la obstrucción lo que primero se manifiesta; esto depende del sitio en que el pólipo está implantado y de su vascularización.

Casos se han dado de extirpación de tumores apenas sangrantes que resultaron también fibro-angiomas.

Generalmente la hemorragia es unilateral, por el hecho de la frecuente implantación anterior, que impide á la sangre retroceder por la fosa y penetrar por la coana á la fosa vecina. En nuestra enferma la última hemorragia fué bilateral y más abundante por la fosa sana, debido á que la sangre brotaba de la parte posterior del tumor y éste taponaba el vestíbulo, obligándola á retroceder y vaciarse por el otro lado.

Otro hecho saliente es la marcha relativamente rápida.

En dos meses, y aun en menos, adquieren el máximum de su desarrollo.

Siempre se ha obtenido la curación, pero es de notar su recidiva frecuente y rápida. En esta enferma se reprodujo dos veces, y los casos operados por Botey se reprodujeron también. Son temibles,

por las hemorragias tan continuadas que provocan, capaces de ocasionar por sí solas la muerte

El tratamiento consistió en la extirpación con el asa galvánica, raspado enérgico y cauterización.

(*Bol. de Laringol., Otol. y Rinol.*)

\*  
\* \*

**Complicaciones del corazón en la escarlatina.**—La idea de Rombergs, de que los trastornos del corazón en la escarlatina consisten, no en una endocarditis, sino en una miocarditis, ha podido confirmarla en todos sus puntos el Dr. Shmaltz por una larga serie de casos observados en varios hospitales. La sintomatología de esta complicación de la escarlata consiste esencialmente en una dilatación del corazón, un ruido sistólico y la acentuación del segundo tono. Esta complicación se presenta la mayor parte de las veces en la convalecencia, y en tales casos la marcha del pulso reviste gran significación pronóstica, porque disminuye en 20 ó 40 el número de pulsaciones, ó bien se sostenga su elevada frecuencia después del descenso de la fiebre.

Entonces se acompaña de graves consecuencias la miocarditis escarlatiniforme, y es muy conveniente en tales casos la aplicación de la vejiga de hielo.

(*Münch. Medic. Wochenschrift.*)



## SECCION PROFESIONAL

### ORGANIZACIÓN

«Circular.—Exemo. Sr.: Para dar cumplimiento á lo que dispone el Real decreto de 2 del mes actual (*C. L.* núm. 205), el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien dictar las siguientes instrucciones:

Art. 1.º Las actuales Regiones en que alguna de sus provincias pase á la demarcación de otras de la nueva división territorial, remitirán á aquella de que va á formar parte, en los primeros días de Diciembre, los expedientes en tramitación que á las mencionadas provincias se refieran, así como los terminados relativos á defensa, propiedades del ramo de



Guerra y demás asuntos que por su importancia convenga existan en el Estado Mayor del Cuerpo de ejército de cuyo General dependan las provincias.

Remitirán igualmente á los Cuerpos de ejército correspondientes los planos y mapas de éstas que en sus archivos existan.

Las actuales planas mayores de Artillería, Ingenieros, Administración y Sanidad Militar seguirán análogo procedimiento, y las de la Capitanía general de Galicia enviarán á las del séptimo Cuerpo de ejército los expedientes en curso y los que puedan serles necesarios, conservando los restantes el organismo del mismo Cuerpo de la plaza de la Coruña.

Art. 2.º En caso de movilización y salida de un Cuerpo de ejército del territorio de su Región, ejercerá el mando en éste el General Subinspector, quien tendrá á sus órdenes las fuerzas de segunda reserva y las que el Gobierno destine á guarnecer aquél. El General del Cuerpo designará el personal que quede formando las planas mayores de todos los servicios.

Art. 3.º El Capitán General de Galicia remitirá al General del séptimo Cuerpo, en los primeros días del mes de Diciembre próximo, los expedientes en tramitación, que según el artículo 6.º del Real decreto de 2 del actual corresponde resolver á esta Autoridad. Remitirá igualmente los terminados referentes á defensa, propiedades del ramo de Guerra y aquellos que por su importancia y por referirse á asuntos de los comprendidos en el párrafo 2.º del mencionado artículo conviene existan sus antecedentes en el Estado Mayor del séptimo Cuerpo.

En lo sucesivo, los Presidentes de las Juntas locales de defensa de las provincias de Galicia se entenderán directamente con el General del séptimo Cuerpo, y esta Autoridad, antes de cursar á este Ministerio los estudios para ejecución de obras de defensa, los remitirá á informe del Capitán General de Galicia, después de haber oído á los Comandantes generales de Artillería é Ingenieros.

Art. 4.º Las atribuciones de los Generales de las divisiones y brigadas y sus relaciones con las demás Autoridades, serán las determinadas en el Real decreto de 27 de Agosto de 1892 (*C. L.* núm. 286) y Real orden de 12 de Octubre de 1893 (*C. L.* núm. 344), y las de los Gobernadores militares las que establece el Real decreto de 7 de Octubre de 1895 (*C. L.* número 332).

Art. 5.º Los Generales de las brigadas residirán en los puntos que indica el estado número 1 del Real decreto de 2 del actual, y cuando sus Cuerpos se distribuyan en cantones, el General del Cuerpo designará la residencia del de brigada.

Art. 6.º Para el despacho directo que previene el artículo 25 del Real decreto, los Jefes de las dependencias de plana mayor, en los días que señalen los Generales de Cuerpo de ejército, le darán cuenta de los asuntos que haya que resolver, llevando los expedientes con extracto de ellos, en que consignarán su parecer.

Acordada la resolución, pasará el expediente al Estado Mayor para que por él se expidan las órdenes y conocimientos que aquella motive, volviendo al Centro de origen después de haber consignado en aquél las comunicaciones á que haya dado lugar el acuerdo.

Los expedientes en que hayan de informar ó intervenir varias dependencias se remitirán sucesivamente á cada una de ellas, y la última que informe lo devolverá al Cuerpo de ejército, donde lo pondrá á resolución del General el Jefe de Estado Mayor, evacuándose el acuerdo por esta dependencia.

Igual procedimiento se seguirá en las Capitanías generales de Baleares y Canarias y Gobiernos militares de Ceuta, Melilla, Mahón y Las Palmas.

Art. 7.º El Auditor despachará directamente con el General del Cuerpo de ejército todos los asuntos que sean sometidos á su dictamen. Tomado el acuerdo, el Estado Mayor se encargará de la tramitación necesaria para su cumplimiento.

El Auditor propondrá el personal que en cada caso haya de desempeñar las funciones de Fiscal ó de Asesor en los Consejos de guerra, y los cargos de Asesor de la Subinspección, Comandancias generales de Artillería é Ingenieros, Intendencia é Inspección de Sanidad.

Análogo procedimiento seguirán las demás Autoridades militares que ejerzan la jurisdicción de Guerra.

Art. 8.º A cada Cuerpo de ejército se destina un Coronel de Estado Mayor, que será segundo Jefe de Estado Mayor, un Teniente Coronel y un número de Capitanes, variable según las actuales necesidades del servicio. En las divisiones desempeñará el cargo de Jefe de Estado Mayor un Teniente Coronel y en las brigadas un Comandante. Estos Estados Mayores, así como los asignados á las Capitanías generales de Galicia, Baleares y Canarias y Gobiernos militares de Ceuta, Melilla, Cádiz, Cartagena y Algeciras, funcionarán en la forma que determina el Reglamento de 1.º de Mayo de 1858, en lo que no ha sido derogado, y con sujeción á las disposiciones posteriores, debiendo tener siempre presente la Real orden de 17 de Julio de 1901 (*C. L.* núm. 122) y aclaratoria de 10 de Julio de igual año (*C. L.* núm. 149).

En ausencia ó enfermedades de los Jefes de Estado Mayor, serán re-

emplazados, dentro de cada organismo, en la forma reglamentaria.

Los Jefes de Estado Mayor de divisiones y brigadas cuyos Generales sean Gobernadores militares de la provincia, así como los de Algeciras, Cartagena y Cádiz, serán á la vez Secretarios de estos Gobiernos.

Los que residan en las capitales de los Cuerpos de ejército auxiliarán los trabajos de los Estados Mayores de éstos, en la forma que prevengan sus Generales, y de igual modo auxiliarán los trabajos de los Estados Mayores de las divisiones los Jefes de Estado Mayor de las brigadas que tengan su residencia en el mismo punto que aquéllas.

Art. 9.º Los Estados Mayores de los Cuerpos de ejército, divisiones y brigadas usarán los sellos del tamaño y forma que previene la Real orden de 30 de Agosto de 1893 (*C. L.* núm. 292).

Art. 10. Los trabajos en curso en las actuales Comisiones topográficas del Cuerpo de Estado Mayor se continuarán, con arreglo á las disposiciones vigentes, por el personal que designen los Generales de los Cuerpos de ejército de entre los de la plantilla respectiva, hasta tanto que el Estado Mayor Central dicte las oportunas instrucciones, señale el orden de prelación de los que hayan de efectuarse, fije reglas para los relevos periódicos del personal y ordene cuanto crea conveniente para la reglamentación de esta clase de trabajos.

Aquellas Autoridades darán cuenta á este Ministerio de los Jefes y Oficiales que designen para las comisiones, á los efectos de concesión de los devengos extraordinarios que les corresponden.

(Continuará).

---

## VARIETADES

---

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA.— *Programa de premios para 1905.*—I. El tema del concurso será el siguiente:

*Indicaciones de la trepanación en los traumatismos del cráneo.*

II. El premio de la Academia consistirá en 250 pesetas y el título de socio correspondiente de la misma.

III. Las Memorias optando al premio deberán estar escritas en castellano, portugués, francés, italiano, inglés ó alemán.

IV. A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado, en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado con el lema que figure en la Memoria. Será excluido del concurso todo trabajo que venga firmado por su autor ó con alguna indicación que pueda revelar su nombre. Quedan excluidos de este certamen los socios de la Corporación.

V. Las Memorias se dirigirán con sobre al Presidente de la Academia, y dirección á la Secretaría general de la misma, Montera, número 22, bajo, Madrid, donde se expedirá á quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

VI. El concurso quedará cerrado el 15 de Septiembre de 1905, después de cuyo plazo no será admitida ninguna de las Memorias que se presenten.

VII. La Academia publicará oportunamente los lemas de las Memorias recibidas, así como los de las que la Corporación juzgue acreedoras á los premios.

VIII. Estos últimos serán públicamente adjudicados en la sesión-aniversario del año próximo á los autores de las Memorias premiadas, ó á los que para ello se presenten completamente autorizados, abriéndose en el mismo acto los pliegos que deben contener sus nombres, á la vez que se inutilizan los que correspondan á las Memorias no premiadas.

IX. Toda Memoria recibida para el concurso, quedará de propiedad de la Academia.—Madrid 14 de Noviembre de 1904.—El Secretario general, *Manuel Barragán y Bonet*.

\* \*

Durante el año de 1904 han ocurrido en esta Corte 15.201 defunciones, que arrojan un término medio diario de 41'532, y una proporción de 27'89 por 1.000 habitantes; en el año de 1903 hubo 15.900 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 2.933, de menos de un año; 2.455, de uno á cuatro años; 1.044, de cinco á diez y nueve; 2.177, de veinte á treinta y nueve; 3.026, de cuarenta á cincuenta y nueve; 3.538, de sesenta en adelante, y 28 sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: tuberculosis pulmonar, 1.552; pñeumonía y bronco-pneumonía, 1.193; meningitis simple, 1.045; diarrea y enteritis (menores de dos años), 1.020; bronquitis aguda, 900; enfermedades orgánicas del corazón, 880; congestión y hemorragias cerebrales, 704; tumores cancerosos, 491; bronquitis crónica, 447; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 443; tuberculosis varias, 357; viruela, 334; grippe, 298; senectud, 294; fiebre tifoidea, 211; meningitis tuberculosa, 201; sarampión, 181; afecciones puerperales, 105; difteria y erup, 95; suicidios, 83; debilidad congénita, 78; coqueluche, 67; reblandecimiento cerebral, 32; escarlatina, 28; otras causas de defunción, 4.162.

Los nacimientos ascendieron en el año 1904 á la cifra de 15.692, que acusan una proporción de 28'79 por cada 1.000 habitantes.