

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XI

MADRID 15 DE ENERO DE 1897

Núm. 230

LA CIRUGÍA MILITAR

Y LOS PROYECTILES DE GUERRA DE GRUESO CALIBRE (I).

Por lo que á la Cirugía militar atañe, resulta innegable su poderosa intervención en beneficio de los heridos por casco de granada ó palos, astillas y piedras que fueron lanzados con más ó menos fuerza al explotar aquélla.

Cuando estudié la aplicación de la artillería contra las cosas, indiqué la posibilidad de que las personas sufran también daño, no obstante faltar en los agresores verdadera intención de realizarlo. Entonces, ya expliqué todas las lesiones á que esta clase de proyectiles dan lugar al traumatizar el organismo, la causa de sus diferencias y distinta gravedad; ahora sólo marcaré, para completar este asunto, que todas las heridas ocasionadas directamente por granadas, presentan constantemente una gran atrición de los tejidos; esta regla no tiene excepciones si, como ocurre con frecuencia grande, trátase de arrancamientos, desgarros y magullamientos, con diversidad en extensión é importancia, bajo el punto de vista quirúrgico. Dichas heridas, por su índole especial, merecen que se haga algunas consideraciones:

1.^a Al tener una extensión crecida, aunque no pueda calificarse de muy grande, el *efecto moral* de que antes me ocupaba ejerce su perniciosa acción sobre el traumatizado, máxime si, como ocurre con frecuencia, éste puede fijarse en la lesión recibida; resultando frecuentemente de la suma de ambos factores la presentación en muchos casos del *sincope cardiaco de causa cerebral*, que, como nadie desconoce, es una complicación interesante para el cirujano, y no pocas veces peligrosa para la vida del paciente; de ella no hay necesidad de tratar, por lo usual que es en la práctica; pero al tocar el actual asunto no puedo eludirme de recordar un accidente de esta especie, que me hizo pensar en su importancia; en la ocasión

(1) Véase el núm. 229.

aludida se pusieron en práctica por un sabio maestro de Cirugía todos los medios apropiados (aspersiones frías, inhalaciones estimulantes, respiración artificial y sucusión), y ya se desconfiaba que el sujeto recobrase el conocimiento y funcionalismo normal de sus órganos; entonces, con una oportunidad digna de elogio, trajo un empleado las pilas eléctricas, y valiéndonos de la faradización frénica tuvimos la satisfacción de librar al paciente de la muerte, que ya parecía inevitable. He hecho la exposición de este caso clínico, porque me parece bastante instructivo, al par que muy relacionado con el asunto de que se viene haciendo mérito.

2.ª La atrición de los tejidos, consecutiva á desgarros y arrancamientos, etc., dá lugar á que las hemorragias sean relativamente escasas por efecto de la retracción arterial y aun venosa. No obstante ésto, exceptúanse de la regla general, al menos en el primer momento, aquellas ocasiones en que el traumatismo radica en órganos muy abundantes de capilares venosos ó formados de tejidos muy compactos que imposibilitan la retracción.

El tratamiento primario de las lesiones apuntadas consiste en la pronta desinfección y oclusión aséptica de las mismas, no siendo prudente, ni conveniente, llevar á cabo su regularización, tanto por evitar la hemorragia que entonces se originaría, cuanto por no perder tiempo; y no sigo escribiendo en este sentido, pues con lo referido hay bastante para formar idea de las particularidades que más pueden interesar al Cirujano en campaña.

Complicaciones.—Con la aplicación del tratamiento antes indicado, no es frecuente el tétanos.

Una complicación aséptica de mucha gravedad se manifiesta por desgracia con bastante frecuencia en estos heridos; me refiero al *schok*, influyendo indudablemente en su aparición el tan repetido *efecto moral*.

PARALELO COMPARATIVO ENTRE LA ACCIÓN DE LOS PEQUEÑOS PROYECTILES DE GUERRA Y LAS GRANADAS.

a.—La misión que realizan los fusiles se ejerce siempre contra las personas.

Los cañones, en gran número de veces, verifican su acción contra las cosas.

b.—Aquéllos son muy precisos, de gran alcance, dotados sus proyectiles de tal fuerza de penetración, que uno sólo puede herir á tres ó cuatro personas á la vez.

Las granadas también recorren largas trayectorias y determinan, con frecuencia, bajas numerosas.

c.—En todo ejército, los fusiles se llevan en gran cantidad, é igual ocurre con las municiones que ellos necesitan.

Este hecho, como es sabido, no sucede con los cañones, que siempre van en mucho menor número y con menos abundancia de cargas.

d.—El fuego con fusiles modernos es muy repetido.

El de las piezas de artillería es más lento.

e.—La infantería dispone de gran movilidad, y ésto hace que con la prontitud conveniente, los pequeños proyectiles van donde se quiere.

La artillería no posee tanta movilidad; es un arma de combate más fija.

f.—Aquélla aprovecha toda clase de terrenos.

Esta los necesita á propósito para emplazar sus piezas.

g.—Tanto el fuego de fusilería como las heridas que ocasiona, producen escaso *efecto moral* (aun siendo muy graves ó mortales).

Con la artillería ocurre lo contrario, como anteriormente quedó demostrado.

.....

Ahora bien; medítese ligeramente sobre lo que se deja consignado en este capítulo, y después el mismo lector contestará fácilmente las preguntas siguientes: ¿Salvando excepciones, cuál arma es la que produce más daño positivo á los enemigos.....? ¿La mayor ó menor intervención del Cirujano militar, con relación á los gruesos proyectiles, dependerá en absoluto de la clase de traumatismos (sin éxito, por su extraordinaria gravedad, ó sin intervención por la inmediata muerte) consecutivos á un disparo?

Después de todo lo que llevo escrito, juzgo que podrá responderse debidamente, y nadie pensará que los Médicos militares, al sentir el estampido de los cañones enemigos, se formen la idea de que su trabajo quedó ya reducido casi en absoluto á reconocimientos de cadáveres más ó menos despedazados.

III.

Voy á continuar estudiando los efectos que en el organismo humano producen los proyectiles empleados por la artillería en campaña; por tanto, con este objeto, habré de ocuparme del skranel y bote de metralla.

Según todos sabemos, el primero de los indicados tiene dos particularidades; una, consiste en estar relleno de más de 90 balines de hierro, con forma esférica y tamaño como una nuez; la otra es referente á su modo de explotar, pues en tanto que las granadas estallan al chocar, por ir provistas de *espoletas de percusión*, los skranel, no es extraño, lo verifican en el aire, á consecuencia de que las espoletas para ellos empleadas son *de tiempos*.

El objeto de estos proyectiles se realiza siempre contra las personas; pero su uso sólo tiene lugar en circunstancias especiales.

Alguna vez ocurre en campaña que los enemigos ocupan posiciones y están parapetados de tal modo, que el batirlos por medios ordinarios no resulta factible, hallándose entonces el empleo del skranel perfectamente justificado, y hasta puede en ciertas circunstancias ser único y exclusivo, para llenar tan importante servicio.

Ahora bien; después de fijarse en la estructura del proyectil en cuestión, y saber cuál es su uso, juzgo indudable la afirmación de que realiza un fin doble; por una parte, dejando fuera de combate el mayor número de contrarios posible (no precisamente matándolos), y por otra tratando de que intervenga como factor importante, para conseguir la victoria, el *efecto moral*. Lo primero se consigue calculando bien la espoleta y altura de la boca del cañón, pues así únicamente lograremos que el skranel se rompa sobre las cabezas de los enemigos parapetados, proyectando en ese momento contra ellos los balines contenidos en su interior, formando un cono de base inferior; lo segundo procede, tanto de la explosión cercana, cuanto por ocasionarles bajas en un sitio en que se creían seguros.

Traumatismos producidos por el skranel.—Para efectuar el estudio consignado en el epígrafe que antecede, debe observarse: Primero. Que la forma del balín no es á propósito para perforar. Segundo. Que la dirección y fuerza acumulada en él, es resultante al verificarse la rotura del proyectil de la suma, á la impulsiva primaria, de la secundaria últimamente comunicada. Tercero. Que la fuerza real ó positiva es relativamente escasa en relación con el aserto anterior. Y cuarto. Que los skranel generalmente se disparan contra un enemigo oculto, sin poder afinar la puntería ni encaminar la marcha de los balines, como lo verifica el soldado de infantería con los proyectiles lanzados por el fusil.

De todo lo expuesto dimana, hablando en tésis general, que las heridas de skranel no tienen los caracteres de las penetrantes; son casi exclusivamente contusas y de más ó menos gravedad, según

la parte lesionada del organismo; alguna vez hacen surco y otras determinan desprendimientos irregulares de tejidos; finalmente, dan lugar con cierta frecuencia á fracturas, de ordinario complicadas y conminutas.

Creo deber terminar el estudio actual afirmando, respecto á los skranel, lo que ya hice con referencia á las granadas, y en esta ocasión aún tengo mayor motivo que entonces.

a.—Las lesiones causadas por skranel no son en general (pues si por casualidad, un individuo fuese herido por cascotes del proyectil, el traumatismo podría ser más ó menos importante, en perfecta consonancia con lo expuesto al tratar de las granadas) tan graves como á primera vista y teóricamente podría pensarse.

b.—Tampoco debemos admitir que la explosión de cada skranel vá seguida de la producción de número extraordinario de traumatizados, pues ésto sería aceptar como bueno un absurdo.

La verdad de éstos corolarios se comprueba muy pronto, con sólo meditar ligeramente sobre los cuatro axiomas que anteriormente expuse.

Bote de metralla.—Es un proyectil de hoja de lata sin espoleta, relleno de balines, en un todo semejantes á los que contiene el skranel; rómpese á su salida de la pieza y se utiliza para casos de apuro, tirando, como se dice vulgarmente, á *boca de jarro*, pues nunca conviene disparar á más de 400 metros, y por el contrario, buenos libros aconsejan al Oficial de Artillería tenga la serenidad suficiente para hacer fuego á distancia bastante menor.

Con lo dicho basta para comprender que el bote de metralla viene á ser para el cañón como el cartucho de perdigones para la escopeta.

Tienen los balines poca precisión, están dotados de escasa fuerza *latente ó acumulada*, por efecto de la diseminación ó división de *la impulsiva*, y alcanzan, como antes indiqué, distancias relativamente muy cortas.

De todo ésto se desprende: Primero. Que también aquí se busca la acción del *efecto moral* sobre los enemigos. Segundo. Apartar contrarios, dejándoles fuera de combate (*no matándolos precisamente.*) Tercero. Que la acción de los balines y sus efectos en el organismo, son idénticos ó iguales á los consignados para el skranel. Y cuarto. Que los perjuicios causados no son tan numerosos ni graves como pudiera creerse, tanto porque el disparo lejano dá lugar á la poca fuerza de los balines y gran diseminación de los

mismos, cuanto porque si es á corta distancia la anchura del espacio invadido de proyectiles resulta muy limitada, y además, generalmente, las circunstancias hacen que en cada agresión no se pueda hacer fuego más de una vez.

En campaña, la única aplicación del bote de metralla se realiza en pocos casos, y principalmente contra caballería enemiga, que á todo galope, para disminuir su peligro, se lance á tomar las piezas. Este propósito, como fácilmente se comprende, no puede pensarse que á ningún Jefe se le ocurra, en batallas formales, tratar de conseguirlo con infantería, pues cargando á la bayoneta lo probable sería que no llegase á los cañones ni un soldado, tanto por haber tiempo de dispararles dos cargas con metralla, cuanto por las que harían las fuerzas de protección situadas, según es sabido, á la inmediatez del emplazamiento de aquéllos.

Colocados en esa textura, y teniendo en cuenta el gran blanco formado por los caballos, así como la protección que con sus cuellos y cabezas ofrecen á los jinetes, deduciremos lógicamente que el mayor contingente de traumatismos causados por los balines, será de aquéllos y no de éstos. Lo que, desde luego, ocurre siempre en tales casos, es caídas y pisotones de los caballos al ser muertos y corcobear asustados ó heridos. Por tanto, consiguen los artilleros por medio del bote de metralla, defender perfectamente sus piezas, de una manera altamente humanitaria, *desmontando un crecido número de soldados*, con lo cual quedan reducidos á la más absoluta impotencia con relación al fin que les había sido encomendado.

IV.

De una manera categórica puede afirmarse que el manejo de cañones dá lugar á bastantes accidentes desgraciados, sin ser posible establecer, respecto á este punto, comparación con los causados por fusiles, en vista de los hechos siguientes:

Primero. Las desgracias ocurridas con éstos, son en menor número que las motivadas por aquéllos. Segundo. Al producirse lesión, haciendo fuego con fusil en un ejercicio de tiro, por ejemplo, de ordinario sólo hay una víctima que lamentar, el individuo que efectúa los disparos; el cañón, en iguales circunstancias, generalmente produce varias desgracias. Tercero. Estas no se originan al trasladar fusiles, y á veces sí tratándose de cañones.

Hechos prácticos demostrativos de lo acabado de exponer, pu-

dieran citarse muchos; pero quiero concretarme á referir solamente algunos, por no molestar inútilmente la atención del lector.

Un ilustrado compañero que prestó servicio mucho tiempo en Artillería de Montaña, me ha referido que en un ejercicio de tiro asistió á siete artilleros, víctimas, por descuido, de la explosión de una granada.

En el fuerte de Isabel II, también estando en ejercicio de tiro, reventó el cañón que disparaba, causando lesiones (afortunadamente leves) á varios artilleros.

Hallándome en Melilla, ocurrió que al cambiar de sitio un cañón, éste resbaló, y golpeando el pié de un artillero le ocasionó grave traumatismo; y no refiero otros casos más, como digo antes, por temor de cansar al lector.

Respecto á desgracias motivadas por el manejo de fusiles me han contado muy poco, y yo, hasta el presente, no he visto ninguna.

Como resumen de todo lo escrito, pueden ponerse las conclusiones siguientes:

1.^a La Cirugía militar tiene, con relación á los gruesos proyectiles de guerra, más intervención y éxito mayor de lo que algunos creen, aun cuando los traumatismos producidos radiquen en menor número de individuos que el opinado por aquéllos, no siendo tampoco las mencionadas lesiones tan gravísimas como piensan.

2.^a Importando para lograr la victoria, tanto ó más que las víctimas producidas al enemigo, el *efecto moral* desarrollado, cúmplase ésto de un modo satisfactorio empleando artillería, pues con ella resulta que las bajas por herida son menos de las que á primera vista pudiera creerse.

3.^a Las granadas, según las circunstancias, determinan lesiones diferentes en extensión, forma y gravedad, á saber: contusiones graves ó mortales, fracturas conminutas, heridas profundas, contusas, viscerales, ó ya por desgarró; á veces, magullamientos, heridas contusas, complicando ó no fracturas, y lesiones viscerales de menos importancia que las antes citadas.

4.^a El *efecto moral* en los heridos se traduce frecuentemente por shock.

5.^a Los skranel y botes de metralla también producen entre los enemigos el *efecto moral* favorable para alcanzar la victoria.

6.^a Las heridas de skranel y bote de metralla no tienen los ca-

racteres de penetrantes; son simple y exclusivamente contusas, y de más ó menos gravedad, según la parte del organismo lesionada; alguna vez hacen surco, y otras desprendimiento irregular de tejidos; finalmente, dan lugar, con cierta frecuencia, á fracturas complicadas y conminutas.

7.^a El bote de metralla no se emplea mas que en casos de mucho apuro, y casi exclusivamente contra caballería; y

8.^a El manejo de los cañones causa más desgracias que el de fusiles.

J. GONZÁLEZ GRANDA.

Médico primero.

Estado sanitario del ejército ruso

El Médico Mayor de 1.^a clase R. Longuet ha publicado en *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* un estudio bastante completo sobre el estado sanitario del ejército ruso, cuyos principales datos y apreciaciones creemos oportuno dar á conocer á nuestros lectores.

La estadística médica del ejército ruso, bajo la forma que reviste en la actualidad, apareciendo en períodos regulares, y bastante semejante á la de los grandes ejércitos europeos, es de reciente creación.

Pero el conocimiento de los datos fundamentales sobre morbosidad y mortalidad es ya más antiguo y servía para regular las decisiones relativas á la práctica del servicio sanitario.

En el año 1872 se publicó un trabajo muy extenso (1), casi exclusivamente numérico, bajo la dirección del Médico Inspector general Kosloff, por el Dr. Schmoulevitch. En 1873 apareció otro volumen del mismo modelo, pero es dudoso que continuara esta serie de publicaciones, porque el informe del servicio sanitario ruso de la guerra de 1877-78, publicado en ruso y en francés por el mismo Kosloff, ya retirado, no hace mención alguna de documentos periódicos de esta naturaleza.

El *Jahresbericht de Roth*, que sigue muy de cerca la literatura

(1) *Vratchebno-Statisticheskii Otchet o Costoianii zborovia boick za 1872 god.*—1875. In-4.°, 424 p.—Saint-Petersbourg.

médica rusa, publica con frecuencia análisis de un informe anual de la Comisión general de los hospitales militares, pero es un documento de carácter administrativo. También señala, someramente, un gran número de trabajos de higiene y de estadística publicados por nuestros colegas del ejército ruso, en los periódicos militares ó médicos de Rusia, de Alemania, y aun de Suecia.

Pero estos trabajos aislados, aunque generalmente de origen oficial, no suministran los elementos de información, que sólo pueden deducirse de un documento periódico, uniforme y regular.

Las deficiencias de estos trabajos aislados fueron ya señaladas por Antonenko en una tesis importante (Saint-Pétersbourg, 1881), en la que acusa á las estadísticas del ejército ruso de acumular una gran cantidad de enseñanzas heteróclitas y mal utilizadas.

En 1887, Schmoulevitch comunicó á la Sociedad de los Médicos militares de Saint-Pétersbourg, un trabajo interesante sobre el estado sanitario del ejército ruso de 1880 á 1884, y Herzenstein publicó en el *Vratch* un estudio que comprendía el mismo período, extensamente analizado en Francia por Lelong. Un decreto de 8 de Diciembre de 1886 sustituyó la clasificación nosológica que regía desde 1862, por una nomenclatura en perfecta armonía con los progresos de la ciencia y el objetivo particular de la estadística militar; otro decreto de 22 de Enero de 1887 fijó para el 1.º de Enero de 1888 la fecha en que debía ponerse en vigor el nuevo Reglamento. Los principales adelantos en esta materia se deben á Schmoulevitch, actualmente consejero del Estado, y que en 1890 emprendió un viaje por Europa para estudiar las oficinas de estadística médica de los principales ejércitos.

Sin embargo, en el ejército ruso la estadística médica no ha encontrado aun su fórmula definitiva. Se abusa del número en los cuadros, en forma convencional, para la determinación de un objetivo preconcebido, ocultando la idea principal de la estadística. Pero aun en esta forma, la estadística rusa ofrece datos de valor inestimable sobre epidemiología y geografía médica, que merecen la pena de ser estudiados.

I

El ejército ruso, que cuenta cerca de un millón de hombres (1893: 937.471 de tropa y 38.079 de Oficiales), ocupa en Europa y en Asia

un territorio 41 veces más vasto que el de Francia, que se extiende de Norte á Sur del 78° al 35° de latitud N., y que alcanza en longitud de Este á Oeste, cerca de la mitad de la circunferencia del globo. Se comprenderá la variedad de climas y de influencias patogénicas á que se encuentra sometido, en este inmenso territorio, un ejército que se nutre de razas muy distintas. Se reparte en 13 circunscripciones militares y dos territorios: Saint-Pétersbourg, Finlandia, Wilna, Varsovia, Kiev, Odessa, Moscou, Kazan, el Cáucaso, el Turkestan, Omsk, Irkoutsk, el Amour, el territorio traspasciano y el de los Cosacos del Don.

Las circunscripciones militares no corresponden á nuestros Cuerpos de ejército, y la distribución de los contingentes en cada una de ellas es muy variable; circunstancia que no debe perderse de vista por constituir un coeficiente de importancia en la justa apreciación de los datos de la estadística médica.

Desde el ukase de 26 de Julio de 1888, el servicio en el ejército ruso dura cuatro años. El reclutamiento es regional en principio; pero razones de gobierno suelen hacerlo muy variable, sobre todo en las poblaciones de las fronteras occidentales y orientales. Las comisiones de reclutamiento proceden sucesivamente en Octubre y Noviembre de cada año al sorteo y á la revisión. La inscripción es en la actualidad de 900.000 hombres próximamente, que se aproxima á un millón con los que quedaron pendientes de los años anteriores. Se eliminan, por inútiles, un 7 por 100, aplazados para los años siguientes un 10 por 100, y se incorporan la cuarta parte próximamente (1891: 258.900). Pero debe tenerse en cuenta que la cifra elevada de los dispensados del servicio militar (más del 50 por 100 del contingente) produce en realidad la incorporación de la mitad del contingente, y los Médicos militares han motivado quejas sobre el gran número de individuos aceptados para el servicio sin la robustez necesaria; circunstancia que hace dudar de la competencia técnica de las comisiones de reclutamiento, que están asesoradas por tres Médicos civiles ó militares. En 1886, por ejemplo, un Médico de Cuerpo declaró que de 1.500 reclutas, había encontrado 300 absolutamente inútiles para el servicio. Tal estado de cosas debe repercutir sobre las condiciones generales del estado sanitario del ejército.

La *morbosidad* en los hospitales y enfermerías ha sido en estos últimos años de 1889 á 1893, respectivamente de 520'1 por 1.000, 468'2, 428'6, 417'7 y 397'1, en descenso constante. Pero estas proporciones

tienden á demostrar una mejoría en el estado sanitario realizada en proporciones que no corresponden á la realidad, porque el número de enfermos tratados en los cuarteles ha sufrido una progresión inversa y ha pasado de 1.330 por 1.000 en 1890, á 1.415 en 1891, 1.526 en 1892 y 1.676 en 1893. Puede objetarse que el número de los enfermos en el cuartel se había aumentado artificialmente por la cifra considerable de sugetos colocados en observación en el momento de las epidemias de cólera; pero el aumento era ya muy sensible en 1891, cuando no había cólera, y además la cifra de los enfermos graves ha permanecido casi invariable, de 320 por 1.000 durante los últimos años, y la disminución de la morbosidad en los hospitales y enfermerías comprende exclusivamente el grupo de enfermos tratados en una situación análoga á la de nuestros locales de aislamiento. En efecto, la morbosidad general absoluta, cuartel, enfermería y hospital ha sido en 1890 de 1.798 por 1.000, en 1891 de 1.838, en 1892 de 1.944 y en 1893 de 2.073.

Aparte de otras observaciones, sólo indicaremos que la totalización integral de los enfermos en el cuartel, en la enfermería y en el hospital, es la única que puede suministrar elementos de enseñanza, y que operando con la misma sinceridad, las estadísticas de dos ejércitos tan distintos en apariencia como el ejército francés y el ruso, alcanzan cifras de morbosidad general casi idénticas.

Sobre las causas principales de la morbosidad, sólo diremos, por ahora, que el paludismo determina el mayor número de hospitalizaciones, representando en ciertos años (1890) más del 100 por 1.000 del efectivo. Vienen en seguida las enfermedades venéreas, 40 por 1.000; el catarro gastro intestinal, 29 por 1.000; la bronquitis, 24 por 1.000; las enfermedades de los ojos, 22 por 1.000, cifra considerable, y los forúnculos, 15 por 1.000. La pulmonía, más frecuente algunas veces que la fiebre tifoidea, y de un régimen más constante, llega hasta el 10 por 1.000; la pleuresía, muy frecuente, suele subir al 8 por 1.000; y la sarna, en la misma proporción. La fiebre tifoidea varía de 7 á 12. El escorbuto, que es muy raro en los otros ejércitos, asume una morbosidad de 3 á 4.5 por 1.000. Por último, como elementos accidentales, la grippe ha causado de 10 á 22 entrados por 1.000, y el cólera, en 1892, 4 por 1.000.

Mortalidad.—La mortalidad del ejército ruso era superior á la de los otros ejércitos europeos; pero en la actualidad se aproxima cada vez más á la de éstos, y en algunas ocasiones se ha mostrado inferior.

Kirchenberger (1) evaluó esta mortalidad en la cifra considerable de 37'4 por 1.000, de 1841 á 1852; de 1857 á 1861 disminuye en más de la mitad, 17 por 1.000; 1862-1871, 15'44 por 1.000; 1872-1875, 12'88. El período de 1876-79, correspondiente á la época de la guerra ruso-turca, no puede entrar en comparación: 1880 dá 9'96; 1881, 10'15; 1882 8'31; 1883, 8'58; 1884, 7'42. En estas proporciones no se han tenido en cuenta las muertes accidentales y repentinas y los suicidios, que pasan de 0,5 por 1.000 cada año.

La mortalidad general del ejército ruso excede hoy en 1'5 por 1.000 á la de los ejércitos francés (Europa), inglés (Europa) y austriaco. Ha sido en 1890 y 1891 inferior á la del ejército italiano; es inferior de una manera normal á la del ejército español. Es dos veces más elevada que la del alemán, cuyo ejército, por las condiciones particulares de su reclutamiento y eliminación, mantiene su mortalidad en estos últimos años en 3'1 por 1.000.

En 1892 la mortalidad del ejército ruso superó á las proporciones anteriores y á la del año siguiente en más de un 2 por 1.000, á consecuencia de la epidemia de cólera. En cambio, la gripe no tuvo sobre la mortalidad general las graves consecuencias de otras épocas.

Los principales elementos de esta mortalidad tienen cierta fijeza: la tuberculosis, la fiebre tifoidea y la pulmonía reivindicán cada una la mortalidad de 1 por 1.000 próximamente; la pleuresía y la bronco-pneumonía reunidas, 1'5 por 1.000; lo mismo las muertes repentinas y accidentales y los suicidios; por último, la disentería y la meningitis, que producen casi el mismo número de defunciones, dan 0'5 por 1.000, é igual proporción las afecciones intestinales y la peritonitis.

Inútiles.—La cifra de los inútiles ha variado en estos cinco últimos años de 25'4 (1892) á 27'31 (1890) por 1.000 hombres de efectivo. Las observaciones en este punto deben ser muy discretas, porque no es fácil establecer comparaciones con los otros ejércitos sobre bases enteramente semejantes.

Tres medios diferentes de eliminación por causa de inutilidad ó de enfermedad están en vigor en el ejército ruso.

Núm. 1.—Exentos de servicio. Esta categoría es la menos importante: un millar de hombres se clasifican en ella todos los años, ó sea el 1 por 1.000, afectados de lesiones orgánicas definitivas, pero de poca gravedad. Las dos terceras partes próximamente presen-

(1) Der Militäerarzt, 1895, 21, 22, pág. 170.

tan piés planos, lesiones articulares poco graves y desviaciones de los miembros, y otros la pérdida de un dedo, con exclusión del pulgar y el índice de la mano derecha. En Francia esta categoría representa la que corresponde á los individuos que se destinan á los servicios auxiliares.

Núm. 2.—Comprende dos terceras partes de las eliminaciones: más de 14.000 hombres en 1893; término medio, 15'5 por 1.000. El mayor número de estas eliminaciones son motivadas por debilidad general consecutiva á enfermedades agudas y crónicas; vienen luego los catarros pulmonares recidivantes escorbuto ligero y otitis supuradas sin lesiones orgánicas. Constituyen los inútiles temporales.

Núm. 3.—9'5 por 1.000, cerca de 9.000 hombres en 1893, de los cuales una cuarta parte eran tuberculosos, catarrosos y pleuríticos. Las hernias suministran luego la mayor proporción, $\frac{1}{6}$; después, la insuficiencia de la agudeza visual, las lesiones de las grandes articulaciones y la epilepsia. Las enfermedades del corazón y de los grandes vasos aparecen aquí por primera vez, y la cifra de ellas es muy exígua, el $\frac{1}{25}$ del total. Esta clase constituye la inutilidad absoluta.

Herzenstein estima que las cuatro quintas partes de los del número 2 se pierden definitivamente para el ejército; y como este dato, por su origen, puede considerarse oficial, la eliminación definitiva queda reducida á un 22 por 1.000, por término medio.

Hay grandes diferencias en la cifra proporcional de los inútiles de las tres clases entre las diferentes circunscripciones militares. En 1892 y 1893 el Amour no suministró mas que 11 por 1.000; en 1892 Kazan llegó á 43'1 por 1.000; en 1893, Saint-Pétersbourg 34'6 por 1.000. Wilna, Moscou y Varsovia se aproximan siempre á esta última proporción. Pero hay una región más gravada entre todas, la de los cosacos del Don, que suministraron en 1893, 46'1 por 1.000. Los cosacos de todas las procedencias presentan la misma vulneridad, circunstancia que depende, sin duda, de estar llamados á desempeñar los deberes militares más penosos de todo el Imperio. Las principales causas de la inutilidad en los cosacos son: las enfermedades del corazón, las hernias, la sordera, la tuberculosis pulmonar, la debilidad de la vista, la epilepsia, etc.

Seguiremos ahora el estudio detallado de las principales causas de morbosidad y mortalidad en el ejército ruso.

M. G. F.

(Continuad.)

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Estado actual de la medicina militar en las Indias y progresos de las ciencias médicas.—M. Carl Rossander ha referido á la Reunión de Médicos militares suecos algunas notas recogidas por él en un viaje á la India.

Después de decir algunas palabras sobre el estado intelectual de la India hasta el establecimiento definitivo de la autoridad inglesa, el autor hace algunas indicaciones sobre la enseñanza de la medicina en las Indias Británicas.

En 1879 las Facultades contaban 1.661 estudiantes de medicina; 950 indios, 284 mahometanos y 427 parsis ó cristianos. Después su número ha aumentado considerablemente.

Las publicaciones médicas anuales en lengua *hindoue* se han elevado á 130, pero los Médicos ingleses las estiman en poco.

Las escuelas son de dos especies: escuelas de medicina indígenas, como en Agra, en las que todos los Profesores son indios; Facultad de medicina, como en Bombay, donde de los 13 Profesores, 12 son Médicos militares, y uno sólo Médico civil, Profesor de botánica: todos son ingleses. Había otras veces como Profesor un parsi, que había estudiado en Inglaterra y Alemania, pero á los tres años tuvo que resignar sus funciones por falta de autoridad.

La mayor parte de los destinos civiles están ocupados por Capitanes-médicos ó Médicos de un grado más elevado. Los Médicos indios no entran voluntariamente en el Cuerpo de Medicina militar.

M. Rossander hace algunas consideraciones sobre el consumo del opio y sobre las conclusiones de sus trabajos. Estas conclusiones han sido reasumidas en estos términos en un artículo de la *Lancet*: «La Europa vé en Asia la paja del opio, pero no vé en su casa la viga del alcohol».

Llega en seguida á la situación de la medicina militar en la India. El efectivo del ejército de la India Inglesa se reparte de la manera siguiente:

1.º Tropas inglesas:

8 regimientos de Caballería, 5.347 Oficiales, sub-oficiales y soldados;

91 baterías de Artillería (mulos y elefantes), 12.796 Oficiales, sub-oficiales y soldados;

Ingenieros, 169 Oficiales, sub-oficiales y soldados;

53 regimientos de Infantería, 53.836 Oficiales, sub-oficiales y soldados.

2.º Tropas indias:

34 regimientos de Caballería, 21.279 Oficiales, sub-oficiales y soldados;

9 baterías de Artillería, 1.977 Oficiales, sub-oficiales y soldados.

Ingenieros, 3.601 Oficiales, sub-oficiales y soldados;
132 regimientos de Infantería, 105.576 Oficiales, sub-oficiales y soldados.

Reunidos 204.582 Oficiales, sub-oficiales y soldados.

A los cuales hay que añadir todavía:

Tropas del rajach, 18.747 Oficiales, sub-oficiales y soldados;

Voluntarios ingleses é indios, 24.960 Oficiales, sub-oficiales y soldados;

Cuerpos de ocupación de la Birmania, 3.

Ingleses, 3.814 Oficiales, sub-oficiales y soldados;

Tropas indígenas, 14.316.

En total, 262.595 hombres.

Los Médicos militares pertenecen á los dos servicios: El *Army medical staff* y el *Indian medical service*.

Los dos servicios están colocados bajo las órdenes de un *Cirujano Mayor general*.

Los Médicos del *Army medical staff* se reparten así:

Ejército de Bengala.—1 General Mayor, 5 Coroneles, 33 Tenientes Coroneles, 53 Mayores y 129 Capitanes. Próximamente un Médico por cada 200 hombres; pero no debe perderse de vista que muchos de ellos ocupan destinos civiles.

Ejército de Bombay.—1 General Mayor, 5 Coroneles, 7 Tenientes Coroneles, 16 Mayores y 34 Capitanes.

Ejército de Madrás.—1 General Mayor, 2 Coroneles, 8 Tenientes Coroneles, 19 Mayores y 38 Capitanes.

En conjunto, para las tropas inglesas, 352 Médicos.

Los Médicos del *Indian service* se reparten de la manera siguiente:

Ejército de Bengala.—1 General Mayor, 9 Coroneles, 76 Tenientes Coroneles, 102 Mayores, 154 Capitanes y 13 Tenientes.

Ejército de Madrás.—1 General Mayor, 4 Coroneles, 12 Tenientes Coroneles, 63 Mayores, 50 Capitanes y 6 Tenientes.

Ejército de Bombay.—1 General Mayor, 4 Coroneles, 22 Tenientes Coroneles, 48 Mayores, 44 Capitanes y 4 Tenientes.

Total de Médicos del *Indian medical service*, 634 Médicos; total general de los Médicos de los dos servicios, 986.

El Cuerpo de medicina veterinaria comprende 4 Tenientes Coroneles, 6 Mayores, 18 Capitanes y 31 Tenientes, para 42 regimientos de Caballería y 100 baterías de Artillería.

El Cuerpo de Farmacia lo componen: 14 Capitanes honorarios, 36 Tenientes honorarios y 191 sub-oficiales.

(*Arch. de méd. nav. et col.*)

*
**

Sutura del seno lateral desgarrado por la extracción de un seouestro.—*M. Schwartz*: La sutura de las grandes venas lesionadas es de fecha reciente. La idea de ello fué sugerida á los cirujanos por los accidentes que temían á seguida de las obliteraciones

de los gruesos troncos venosos. En la esperanza de conservar la permeabilidad de las grandes venas obturando al mismo tiempo la herida vascular, se ha experimentado primeramente en los animales y ensayado luego en el hombre la sutura de las grandes venas.

Schedé ha sido ciertamente uno de los principales promotores de la sutura venosa, habiendo sido el primero en practicar una sutura sobre la vena cava inferior, que él había lesionado en el curso de una nefrectomía por cáncer del riñón; la sutura se llevó á feliz término y el vaso quedó permeable, como lo demostró la autopsia del operado, que sucumbió algún tiempo después. Ya recordaréis también el caso de Ricard, relativo á un hecho de sutura venosa por causa de herida del tronco braquio-cefálico.

La reciente tesis de Brachet contiene 20 casos de sutura sobre las venas axilar, safena interna, safena externa, femoral, yugular interna, poplítea, sobre el tronco braquio-cefálico y sobre la vena cava inferior; á esos 20 casos pueden agregarse 3 nuevos hechos (dos de Marín y uno de Jordan).

Yo mismo, á fines del año último, tuve ocasión de practicar la sutura en un caso de hemorragia muy grave del seno lateral, en el curso de una trepanación. Trátase de un hombre de 26 años, que fué admitido en mi servicio, en Octubre de 1895, por causa de accidentes cerebrales graves consecutivos á una coz de caballo. Observábase, inmediatamente detrás y encima de la oreja izquierda, la existencia de una fistula que conducía hasta un hueso desnudo. El herido había perdido la memoria, acusaba vahidos y vértigos con tendencia á caer á la izquierda; en todo el lado derecho, la sensibilidad al dolor y al contacto aparecía menor que en estado normal; finalmente, había una sordera completa del lado izquierdo.

En 24 de Noviembre practiqué la trepanación. Existía un hundimiento de cerca de un centímetro de un fragmento óseo grande, como una moneda de cinco francos. Fueron colocadas unas coronas de trépano alrededor de ese fragmento; luego, con la pinza-escoplo, el cincel y el mazo, hice saltar todo lo que retenía aún la rodaja hundida. En el momento de ir á extirparla noté que estaba adherida á la durámater exactamente á nivel del seno lateral izquierdo, y, á pesar de todas las precauciones que tomé para despegarla, el seno fué desgarrado en la extensión de un centímetro próximamente. Un dedo colocado sobre la solución de continuidad cohibió en lo posible la hemorragia, mientras que con la otra mano, armada de una fina aguja de Reverdin, practiqué dos puntos de sutura con seda sobre la brecha venosa. Apretados los hilos, la sangre no salió ya sino por dos de las pequeñas picaduras y fué fácilmente atajada por medio de una comprensión con gasa iodoformizada.

Cuando el operado dejó el hospital, en 3 de Junio del corriente año, los fenómenos cerebrales psicomotores habían desaparecido por completo; la sordera había disminuído considerablemente, no persistiendo mas que algunos trastornos de la memoria.

Como se vé, la sutura del seno es posible, á pesar de la rigidez

de las tunicas fibrosas; debe acudirse á ella cuando los otros medios de hemostasis aplicables á los senos no pueden ser utilizados; es el método de preferencia cuando se trata de grandes senos, como el seno lateral, como la parte posterior del seno longitudinal superior, cuya permeabilidad reviste una gran importancia, en tanto que puede bastar el taponamiento para una herida del seno lateral en el curso de una trepanación de la apófisis mastoides. En los casos como el que acabamos de relatar, no hay punto de apoyo para el taponamiento y la sutura está absolutamente indicada, pues tiene la gran ventaja de no obliterar necesariamente el canal venoso sobre el cual está colocada.

(*Décimo Congr. francés de Cir.*)

SECCION PROFESIONAL.

Resumen estadístico del mes de Febrero de 1896.

El movimiento de enfermos ocurrido durante el citado mes en los hospitales militares y cívico-militares, y en las enfermerías militares de la Península, islas adyacentes y posesiones de Africa, ha sido el siguiente:

Existencia en 1.º de Febrero.....	3.618
Entrados durante el mes.....	3.731
Hospitalidades causadas.....	106.713
Salidos.....	3.741
Muertos.....	151
Quedaban en fin de dicho mes.....	3.457

La fuerza del Ejército en el indicado mes de Febrero de 1896 fué de 70.099, cifra que permite establecer las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	94'26
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	46'90
Muertos por cada 1.000 id.....	1'98
Idem por cada 1.000 asistidos.....	21'03 (1)

Hé aquí ahora los establecimientos en que se han causado más de 1.000 hospitalidades:

Madrid.....	12.223	Valladolid.....	4.117
Barcelona	11.706	Pamplona.....	3.645
Sevilla.....	6.218	Cádiz.....	3.541
Zaragoza.....	5.916	Vitoria.....	3.460
Valencia.....	5.376	Coruña.....	2.843

(1) Téngase en cuenta que 741 asistidos, 11,355 hospitalidades y 12 muertos no son imputables á las fuerzas del Ejército.

Ceuta.....	2.820	San Sebastián...	1.746
Guadalajara	2.601	Mahón.....	1.513
Granada.....	2.594	Tarragona.	1.268
Alcalá.....	2.585	Algeciras.....	1.242
Melilla.....	2.347	León.....	1.219
Cartagena.	2.016	Córdoba.....	1.185
Málaga.....	1.994	Palma de Mallorca. . . .	1.039
Badajoz.	1.974	Bilbao.	1.017
Búrgos.....	1.924		

*
* *

REGRESADOS DE ULTRAMAR.

«7.^a Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: Como ampliación á lo dispuesto en la Real Orden de 24 de Diciembre del año último (*C. L.* núm. 368), y con el fin de favorecer en cuanto sea posible á las clases é individuos de tropa que regresan de los distritos de Ultramar á continuar sus servicios en la Península como enfermos ó por inútiles, á consecuencia de heridas recibidas en defensa de la integridad de la Patria, ó de resultas de enfermedad adquirida por las penalidades de las campañas, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver lo siguiente:

1.º Al llegar al punto de desembarco, las clases é individuos de tropa que por diferentes conceptos, incluso el de licenciados, regresan de los distritos de Ultramar, dispondrá la autoridad militar del mismo que, por un Médico militar, ó por uno civil, si no existiese de aquéllos, sean inmediatamente reconocidos, clasificándolos de enfermos, heridos, regresados por inútiles ó á continuar sus servicios, y convalecientes.

2.º Los que por su estado, cualquiera sea el concepto de su regreso, necesiten asistencia facultativa, ingresarán en el Hospital militar ó civil, según previene la citada Real Orden; y los que no necesiten tratamiento médico, podrán hospedarse en el cuartel ó local designado al efecto, ó en los edificios preparados por asociaciones de particulares, para desde ellos trasladarse á los pueblos de su naturaleza los que por su situación tengan derecho.

3.º La autoridad militar del puerto en que hayan desembarcado las clases é individuos de tropa regresados de los distritos de Ultramar, dará oportuno aviso por telégrafo al Capitán General de la primera región del número de individuos que salgan con dirección á esta Corte, expresando los que necesiten asistencia médica, y el referido Capitán General dispondrá que á la llegada se hallen en la estación, para recibirlos, un Jefe del Ejército, un Ayudante de la plaza y un Médico de Sanidad Militar, quien destinará al Hospital militar á los individuos cuyo estado lo requiera, dejando á los demás en libertad de acogerse, si lo desean, en los establecimientos ú hospederías dispuestas al efecto por asociaciones ó particulares. El referido Capitán General dispondrá asimismo que con la debida oportunidad se hallen también en la estación del ferrocarril uno ó más carruajes de ambulancias de Sanidad Militar para conducir el número de enfermos que puedan llegar.

Y 4.º Lo dispuesto en los artículos anteriores no obsta para que, en su oportunidad, y según el caso en que se encuentren, se aplique á los referidos individuos lo determinado en las Reales Ordenes de 27 de Febrero de 1896 (*C. L.* núm. 47), 10 de Septiembre del mismo año (*C. L.* núm. 219), y 28 de Octubre último (*C. L.* números 296, 297 y 299).

De la de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y fines consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años.

Madrid 4 de Enero de 1897.—Azcárraga.—Sr.....»

*
**

RECLUTAMIENTO Y REEMPLAZO DEL EJÉRCITO.

«Ministerio de la Gobernación.—A fin de dar el debido cumplimiento á las disposiciones de los capítulos 4.º y 13 de la Ley de Reclutamiento y Reemplazo del Ejército y de los 2.º y 8.º del Reglamento, para su ejecución.

En nombre de Mi Augusto Hijo el Rey Don Alfonso XIII, y como Reina Regente del Reino,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Sin perjuicio de lo que acuerden las comisiones mixtas de reclutamiento en el ejercicio de sus atribuciones de inspección de las operaciones del alistamiento, los Gobernadores recordarán desde luego á los Alcaldes, por medio de circular que publicarán en el *Boletín Oficial*, los deberes que á los Ayuntamientos imponen la Ley de 21 de Octubre y el Reglamento de 23 de Diciembre del año último en sus capítulos 4.º y 2.º respectivamente, así como en la «disposición transitoria» de la Ley y en las «reformas transitorias» del Reglamento.

Art. 2.º Las comisiones provinciales procederán á hacer inmediatamente la designación de los dos Vocales que han de formar parte de las comisiones mixtas á que se refiere el art. 123 de la Ley y el 99 del Reglamento, estableciendo además los turnos correspondientes para determinar el orden en que han de ser sustituidos aquéllos en los casos de ausencias y enfermedades, y exceptuando de estos turnos al Vicepresidente.

En lo sucesivo harán las comisiones provinciales dicha designación en la primera sesión que celebren al constituirse.

Art. 3.º Para nombramiento de Médico civil de la comisión mixta abrirán inmediatamente las comisiones provinciales un concurso por término de diez días, comunicándolo en los *Boletines Oficiales*, á fin de que puedan solicitar el cargo los que tengan título de Doctores ó Licenciados en Medicina, acompañando á la instancia los justificantes de sus méritos y servicios. Serán de preferencia los contraídos en cargos al servicio del Estado sin nota desfavorable, ó en comisiones especiales de carácter facultativo que puedan garantizar la mayor idoneidad para este servicio.

Al propio tiempo nombrará la comisión provincial un Médico suplente para los casos de ausencias, enfermedades y vacantes, debiendo ambos nombramientos acordarse dentro de los tres días siguientes al en que haya espirado el plazo del concurso.

Estos nombramientos tendrán el carácter que á los demás acordados por las comisiones atribuye la Ley provincial, y deberán so-

meterse, como todos los de su clase, á la resolución definitiva de la Diputación en la primera sesión que celebre, pero no necesitarán declaración previa de urgencia.

Art. 4.º Contra la resolución de la Diputación procedealzada ante el Ministerio de la Gobernación, que podrá revocar el nombramiento, si se ha hecho faltando á alguna de las prescripciones de este Decreto, y acordar el que en su lugar corresponda.

También procederá el nombramiento por el Ministerio cuando la comisión no lo acuerde dentro del plazo señalado, á cuyo efecto elevará el Gobernador el expediente con su informe.

El Médico nombrado por comisión provincial formará desde luego parte de la comisión mixta, sin perjuicio de lo que en su día pueda resolver la Diputación, conforme al núm. 3 del art. 98 de la Ley provincial, ó el Ministerio, en virtud de alzada interpuesta en tiempo y forma.

Art. 5.º El mismo procedimiento determinado en los artículos anteriores se seguirá en los sucesivos cuando vaque el cargo de Médico civil, Vocal de la comisión mixta de Reclutamiento.

Art. 6.º El Ministro de la Gobernación podrá acordar la destitución del Médico civil ó de su suplente, siempre que en virtud del examen de las operaciones de la quinta lo juzgue conveniente, ó cuando la Diputación se lo proponga con fundado motivo, oyendo previamente en ambos casos á la Sección de Gobernación y Fomento del Consejo de Estado.

Art. 7.º El Gobernador, en cuanto estén designados todos los que han de formar la comisión mixta de reclutamiento, conforme al art. 123 de la Ley, procederá á constituir la, previa la citación correspondiente. Si desempeñase el cargo interinamente, comunicará los datos que haya recibido al Vicepresidente de la comisión provincial, para que éste haga la citación.

Art. 8.º Cuantas dudas ocurran acerca de lo que preceptúa este Decreto, ó de cualquier otro incidente relacionado con la constitución y funcionamiento de las comisiones mixtas de reclutamiento, las consultarán los Gobernadores al Ministro de la Gober-

nación, para que éste pueda resolverlas ó transmitir las al Ministerio de la Guerra, según los casos.

Dado en Palacio, á cinco de Enero de mil ochocientos noventa y siete.—María Cristina.—El Ministro de la Gobernación, Fernando Cos-Gayón».

*
* *

SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES.

«1.^a Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: En vista de la instancia promovida por el Teniente Coronel graduado, Comandante de Artillería D. Clodoaldo Piñal y Rodríguez, en súplica de que los beneficios que disfruta del art. 3.^o transitorio del Reglamento de ascensos vigente se amplíen hasta el empleo de Coronel; de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, y considerando que los mayores sueldos á que dicho precepto hace referencia sirven de reguladores para la concesión de los derechos pasivos y recompensas á los dos años de disfrutarlos, según previene la Ley de 15 de Diciembre de 1894 (*C. L.* núm. 341), el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver que á los Jefes y Oficiales y sus asimilados que disfruten el sueldo del empleo superior inmediato, por consecuencia de lo dispuesto en el art. 3.^o transitorio del Reglamento de ascensos, y se hallen en posesión del grado de este último empleo, se les conceda el sueldo del siguiente cuando la antigüedad de dicho grado sea igual ó mayor á la del último ascendido al empleo á que este sueldo corresponda en el Arma general en que esté más retrasado el ascenso, siempre que haya transcurrido el plazo de dos años, á partir del día en que tuvieron opción al sueldo superior de que disfrutaban.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 7 de Enero de 1897.—Azcárraga.—Sr.....»

NECROLOGÍA

Don Carlos Velasco y Lozano.—Nació en Granada el día 21 de Octubre de 1868, y se graduó de Licenciado en la Facultad de Medicina de dicha Universidad el 25 de Junio de 1888.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de Médico segundo, por Real Orden de 14 de Junio de 1892, siendo destinado al Hospital militar de Barcelona, y posteriormente al regimiento de San Marcial, Hospital militar de Alhucemas y batallón de Cazadores de Cataluña, hasta que en Noviembre de 1895 le correspondió marchar á la Isla de Cuba con su batallón, concurriendo á las operaciones de la actual campaña.

Encontrándose en Cienfuegos fué atacado por la fiebre amarilla, de cuya enfermedad falleció el día 4 de Septiembre de 1896.

Había alcanzado el empleo de Médico primero de escala por Real Orden de 21 de Agosto de 1895.

VARIEDADES

Durante el mes de Marzo de 1896 hubo en Madrid 1.656 defunciones, cuya relación con la población es de 3'43 por cada 1.000 habitantes. En Febrero del mismo año, la cifra absoluta de mortalidad fué de 1.928, y en Marzo de 1895 de 2.201.

La distribución por edades de la mortalidad, en Marzo de 1896, es como sigue:

Hasta 5 meses.	249	De 20 á 25 años.	63
De 5 meses á 3 años.	361	De 25 á 40 id.	149
De 3 á 6 id.	117	De 40 á 60 id.	265
De 6 á 13 id.	67	De 60 á 80 id.	289
De 13 á 20 id.	51	De 80 en adelante	45

De estas defunciones corresponden 868 al sexo masculino y 788 al femenino. Por su estado: 1.048 solteros, 369 casados y 239 viudos.

Hé aquí la clasificación por enfermedades de la necrología del referido mes de Marzo de 1896.

POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS:	Pleuresia.....	2
Paludismo.....	Otras del aparato respiratorio.....	10
Pelagra.....	Del estómago.....	16
Otras infecciones.....	Del intestino.....	15
	Otras del aparato digestivo...	5
	Del aparato génito-urinario...	20
	Del id. locomotor.....	5
POR ENFERMEDADES INFECTO- CONTAGIOSAS.	Apoplejía.....	87
Viruela.....	Cerebritis.....	17
Sarampión.....	Meningitis.....	75
Escarlatina.....	Mielitis.....	7
Erisipela.....	Histerismo.....	1
Tifoideas.....	Eclampsia.....	39
Grippe.....	Epilepsia.....	1
Puerperales.....	Enfermedades mentales.....	4
Coqueluche.....	Otras del aparato cerebro-es- pinal.....	3
Difteria.....	Anemia.....	5
Tuberculosis.....	Escrófula.....	2
Sífilis.....	Atrepsia.....	38
Otras varias.....	Raquitismo.....	19
	Reumatismo.....	4
	Intoxicaciones.....	3
	Otras varias.....	27
POR OTRAS ENFERMEDADES:	MUERTES VIOLENTAS:	
Cancerosas.....	Por accidente.....	8
En el claustro materno.....	Por homicidio.....	4
Accidentes de la dentición.....	Por suicidio.....	1
Del aparato circulatorio.....		
Laringitis.....		
Bronquitis.....		
Pulmonía.....		

La mortalidad media diaria fué de 53'41; cifra muy inferior á la de Febrero del mismo año, que alcanzó á 66'31.

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

Gráfica comparativa del estado sanitario de la Isla de Cuba, correspondiente al segundo cuatrimestre de los años de 1877 y 1896, por el *Excmo. Sr. D. Cesáreo Fernández y Fernández de Losada*.—Habana, 1896.

Reglas higiénicas prácticas para el uso de las tropas, especialmente europeas, del Ejército de Filipinas, que se encuentran en campaña, por el *Excmo. Sr. D. Joaquín Plá y Pujolá*.—Manila, 1896.

Agenda médica para el año 1897, publicada por *Bailly-Baillière é hijos*.—Madrid, 1897.

Anuario internacional de Medicina y Cirugía.—Revista semestral, por *G. Réboles y Campos*.—Tomo XXIII, Enero á Junio de 1896.—Madrid. Bailly-Baillière é hijos, Plaza de Santa Ana, núm. 10.

Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati, per il *Dott. Filippo Rho*. Medico di 1.^a classe nella Regia Marina.—Fascicoli XI e XII.—Roma, 1896.