

LA VOZ

S U M A R I O

Hacia una Sanidad perfecta.—Los elementos vitales de nuestra Sanidad.—A propósito del traslado del herido en la ambulancia.—Unidades en acantonamiento.—El personal de los puestos de clasificación.—Sobre la organización de los hospitales de campaña.—Consejos sanitarios a los combatientes.—Estadísticas sanitarias.—El material sanitario de los batallones.—A propósito del «pie de trinchera».—La sanidad de ellos.—Apunte breve sobre Mayno, la primera cura y otras cosas.

Pintura de Mayno. — Dibujos de Buero y Garay. — Fotografías de Hermann.

de
la

SANIDAD

DEL EJERCITO DE MANIOBRA

AÑO I 17 DE FEBRERO DE 1938 NÚM. 1

HACIA UNA SANIDAD PERFECTA

EDITORIAL

HE AQUÍ LOS RESTOS
DE UNA AMBULANCIA
EN EL FRENTE DE
LA SOMME (De la Guerra Europea)



LA Sanidad del Ejército Español ha seguido un camino de espléndido desarrollo. Irregular, accidentado; pero a pesar de cortos retrocesos y la repetición de pequeños errores cometidos, ha seguido una línea ascendente. Su desarrollo es una imagen más o menos fiel del desarrollo de nuestro Ejército.

Nacida en las luchas históricas de Madrid, enriquecida por las experiencias del Norte, del Este y del Sur, nuestra Sanidad está en camino de llegar a ser un organismo fuerte por ser unitario y vital por su riqueza de experiencias.

Nacida de principios técnicamente primitivos, enriquecida por las últimas conquistas occidentales y, sobre todo, por el espíritu de improvisación de sus creadores, ha alcanzado un alto nivel técnico.

La Sanidad de *nuestra Unidad*, es, a su vez, un reflejo del desarrollo de la Sanidad del Ejército en su totalidad, integrada por partes de diversa procedencia, elementos tradicionales, diversos bagajes de experiencias y organización. Junto a unidades que han actuado en todos los grandes combates, unidades carentes casi por completo de una experiencia de lucha. Junto a unidades bien equipadas y de organización muy rigurosa, otras de escasa

(Pasa a la página 2)

LOS ELEMENTOS VITALES DE NUESTRA SANIDAD

LA sanidad ha sufrido ya en otras guerras grandes quebrantos. No solamente a causa de la barbarie propia de los beligerantes, que intencionalmente no respetan formaciones indefensas, sino que hacen de ellas objetivos preferentes de la agresión—este rasgo ha llegado a ser en nuestra guerra una parte fundamental de los procedimientos de lucha empleados por los fascistas—. Pero, además, toda sanidad de guerra efectiva debe contar con las víctimas inevi-

(Pasa a la página 2)

tables producidas por los peligros que acompañan a su función.

Sin embargo, no hay paralelismo entre la efectividad de una sanidad y sus pérdidas en hombres y material. La efectividad de una sanidad y sus pérdidas en hombres y material.

Porque la eficacia de la sanidad no depende exclusivamente del coraje y abnegación. Valor y abnegación constituyen rasgos inseparables de toda Sanidad que sabe por qué lucha, que defiende, además de su contenido humanitario, un ideal más alto. Nuestra Sanidad es así, y por ello no le falta el valor y la abnegación. Para hacerla plenamente eficaz debemos aprender a utilizar inteligentemente el valor y la abnegación; a dirigir nuestro valor por nuestro saber, para que las víctimas inevitables tengan su justificación.

Valor y dominio de la técnica son los elementos vitales de nuestra Sanidad.

El valor nace de la convicción de la justicia del ideal por el que luchan nuestro Ejército y nuestro Pueblo. El saber nace de las sangrientas experiencias ajenas y propias.

La abnegación debe impulsar constantemente nuestra capacitación. El dominio de la técnica deberá darnos el sentido de lo inevitable de nuestras víctimas.

Médico, Sanitario:

**La Voz
de la Sanidad
aspira a recoger
fielmente todos los
aspectos de la Sanidad
de Campaña.**

Las experiencias vividas en tu trabajo diario deben ser difundidas desde nuestras páginas.

2

dotación y organización defectuosa. Esta heterogeneidad de las unidades se ha hecho claramente palpable en las últimas operaciones. Y tanto más cuanto que cada una de estas unidades ha guardado, desde el punto de vista sanitario, una independencia considerable. Una coordinación más rígida de las iniciativas aisladas habría aumentado probablemente la efectividad total.

Una gran parte de las faltas observadas la atribuimos a otra cosa: A la extraordinaria diversidad de los conocimientos teóricos y del bagaje de experiencias de cada uno. Existían y existen aún las más diversas concepciones sobre multitud de problemas sanitarios de importancia decisiva. En esta situación, una coordinación justa cobra una importancia mayor aún.

No será fácil someter todo ese mosaico diverso a una sola dirección; pero hemos de conseguirlo, y conseguirlo dentro del menor plazo posible, si queremos ser capaces de resolver las tareas de las próximas luchas.

Las tareas están ya asignadas: Tenemos reservas internas suficientes en hombres y material. Una cierta nivelación es inevitable y necesaria. Nos guardaremos de destruir estructuras sanitarias, bien engranadas en nombre de un igualitarismo formulario. Sería perjudicial el poner rígidos patrones en el lugar de organizaciones llenas de personalidad, como las que algunas de nuestras unidades tienen. No obstante, se precisa una relativa nivelación—en parte a favor de la unidad vecina, en parte a favor de la inmediata superior—. Esta nivelación debe concernir en primer lugar a aquellas unidades que, por su hipertrofia exagerada, no pueden dominar ya su propio aparato.

Aparte de las reservas internas es imprescindible una ayuda superior para la edificación de la Sanidad de nuestra Unidad. Esta la tenemos segura. A más de una promesa firme, tenemos ya en la mano los primeros resultados prácticos. La Jefatura de Sanidad del Ejército de Tierra ha reconocido la importancia de una Sanidad fuerte en nuestra Unidad, y facilitará con seguridad más adelante su ayuda activa.

Tenemos una esperanza no pequeña en la movilización de medios no militares. Hay muchas organizaciones que podrían ofrecer un apoyo importante a nuestra Sanidad con su ayuda material.

Pero el más rico bagaje material no puede reemplazar lo de más valor que poseemos: La experiencia viva, personificada en miles y miles de nuestros entusiastas, forjada en año y medio de lucha. La asimilación de tales experiencias la consideramos como una de nuestras más importantes tareas. Los conocimientos de los más experimentados deben ser difundidos entre todos. Las experiencias de otras guerras obtenidas por la Sanidad de otros países, en su confrontación con la nuestra propia, deben ser aprovechadas mucho más que hasta ahora. Lo nuevo que de nuestra guerra puede contribuir a la experiencia universal debe ser entresacado. Una amplia propaganda debe dar a cada uno de los componentes de nuestra Sanidad lo que no ha adquirido por experiencia propia.

Tenemos a los mejores en nuestras filas; ellos deben transmitir lo que han vivido, experimentado, hecho y dejado de hacer. De los hechos positivos y los errores de este año y medio queremos sacar las directrices para una Sanidad superior a cualquier otra del mundo, cuyas normas se han marcado con la sangre de nuestros mejores. Esta es la meta que se propone alcanzar nuestro periódico.

Será un órgano para todos aquellos que tienen algo que decir y para todos los que, con el deseo de capacitarse, quieren contribuir con su parte a la victoria.

Colabora en LA VOZ DE LA SANIDAD

Redacción y Administración: Plaza de la República, 3 - Teléfono 14922 - VALENCIA

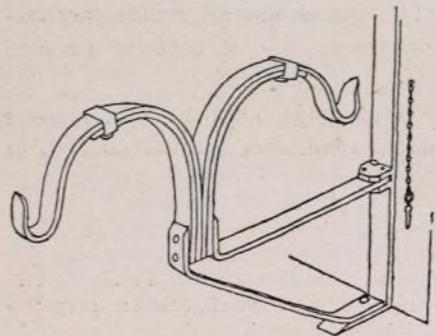
Los medios del sanitario de compañía

A propósito del traslado del herido en la ambulancia

Ciertamente que no es éste problema que atañe al sanitario de compañía. Pero, al igual que ocurre con las artolas, pueden existir ocasiones en que tenga que acompañar al herido en la ambulancia, y, por otra parte, es seguro que en muchas ocasiones tendrá que subirle a la misma. Por lo tanto, aunque el problema de las ambulancias no es de este lugar, es conveniente que digamos algunas palabras.

El sanitario ya sabe, porque lo ha visto muchas veces, que existen varios tipos de ambulancias, que se caracterizan, sobre todo, por la diferencia de sus camillas. El sanitario ha visto ya ambulancias de camillas que entran con ruedas en las mismas siguiendo unas guías. El sanitario ha visto también camillas simples que se deslizan a lo largo de una corredera especial acoplada en la ambulancia. Finalmente, el sanitario sabe que por medio de un sencillo y utilísimo modelo de suspensión, la misma camilla que él utiliza para el traslado puede ponerse en la ambulancia. Por fortuna, el criterio unificador anima a nuestros mandos y pronto todas nuestras ambulancias estarán dotadas de este modelo, porque el sanitario sabe también lo molesto que resulta para el herido los traslados de una a otra camilla.

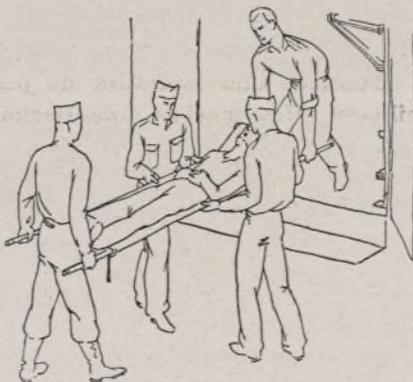
Sea cualquiera el tipo de suspensión y el de la camilla, el primer problema es el de subir la camilla a la ambulancia. Naturalmente que con escasez de hombres ésto ha de resolverse, en todo momento, de acuerdo con la lógica, al servicio de producir al herido las menores molestias. Mas si las posibilidades lo permiten, se deberán emplear cuatro hombres para este cometido en la ambulancia de soporte corriente y tres en la de guías.



He aquí el soporte que tienen la mayor parte de nuestras ambulancias.

Advertimos que lo que exceda de este número crea una incoordinación de movimientos que puede resultar perjudicial para el herido.

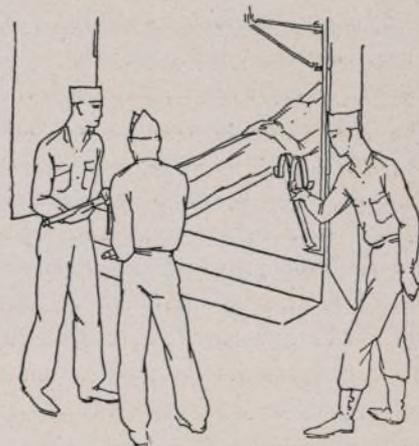
De estos cuatro hombres que decimos (en el tipo de suspensión corriente), uno se sitúa en la parte superior de la ambulancia. De los tres restantes, dos cogen la camilla por la parte del cabecero, cada uno de una vara, y el restante la coge de ambas varas por la parte del pie. La camilla se levanta a la vez lo suficiente para que los dos hombres de la parte anterior puedan entregar las varas al sanitario que está en la parte superior de la ambulancia. Este coge las dos varas por su parte anterior; los dos sanitarios que antes la sujetaban, van deslizando los brazos hacia atrás, a la vez que la camilla se introduce en la ambulancia, hasta que lleguen a la altura de las varas posterior-



Detalle de la manera de entrar el herido en la ambulancia.

¡SANITARIO DE COMPAÑÍA!

Si alguna vez acompañas a un herido en la ambulancia, no olvides nunca que es un compañero que sufre. Consuélate con tus palabras; atiéndele en todo momento para evitar que los movimientos bruscos del coche, o los mismos que él puede hacer en su inconsciencia, le causen más daño.



El sanitario que sujeta las varas por la parte superior es reemplazado por los dos del cabecero y él se dirige a desdoblar el soporte.

res. En este momento, el sanitario que sujetaba por la parte posterior la deja y se dirige a desdoblar el soporte para colocar la camilla, finalmente, ayudado por el sanitario de la parte superior.

Una advertencia que no debe olvidar el sanitario es colocar, en primer lugar, la camilla superior y doblar el soporte posterior de la ambulancia hasta que la camilla no esté dentro de ella.

Durante el traslado, el sanitario que acompaña al herido desempeña una función múltiple: alivia moralmente al herido, impide que los heridos en shock efectúen movimientos intempestivos, impide también que los heridos excitados se muevan de las camillas. Puede, por otra parte, corregir un vendaje deficiente o apretar un tubo compresor, y, sobre todo, es él quien dirige la marcha de la ambulancia y quien indica al chofer, en todo momento, la velocidad a que debe ir.

Para el descenso de la camilla podemos recorrer, en sentido contrario, la descripción anterior. Cuatro hombres, uno en la ambulancia y tres abajo: Entre el de la ambulancia y otro de los de abajo levantan la camilla y la van deslizando hasta el exterior. Cuando la camilla está ya totalmente fuera, los dos restantes se hacen cargo de las varas en la parte del cabecero. A la vez todos dejan la camilla en el suelo.

(Del libro «La Sanidad en la Compañía de Infantería»)

Unidades en acantonamiento

La función de la Sanidad Militar en la conservación y recuperación de los efectivos exige de los médicos un trabajo constante e ininterrumpido. No es sólo en el combate donde el médico de cualquier unidad desempeña un papel activo. También en reposo, en campamentos y acantonamientos, en las marchas, los médicos, la Sanidad Militar, siempre vigilante, cuida de la conservación de los hombres, y aprovecha estos momentos para una profilaxis adecuada de aquellas afecciones que en el combate pasan a ocupar un lugar secundario.

El médico de una unidad acampada o acantonada continúa su trabajo y vela el descanso de su tropa. La higiene colectiva e individual, las duchas, los cambios de ropa, la desinfección, pasan a un lugar de primera línea en las obligaciones del médico. La construcción de letrinas, vertederos y pozos de basuras ocupan entre las medidas higiénicas colectivas un lugar importante. Dificultades las hay siempre, pero siempre también el espíritu de iniciativa, la improvisación, permiten la elevación del nivel físico, higiénico, de la unidad.

La comida, los condimentos, las sustancias que la tropa ingiere, los déficits vitamínicos, serán escrupulosamente estudiados, y en todo momento propuestos los medios para su solución

Se aprovecharán estos momentos para la elevación cultural sanitaria de la tropa. Así, los medios contra el frío, sobre todo lo que no debe hacerse en caso de frío intenso que abogue en la aparición de heladuras, ocuparán un plano principal. En verano, al contrario, se aprovecharán estos descansos para una ilustración de la tropa, en el sentido de los medios de evitar las insolaciones, y

sobre los medios de higiene capaces de hacer abortar los varios tipos de epidemias que hacen principalmente su aparición en esta época del año.

La propaganda en el sentido de una profilaxis antivenérea, con la facilitación al soldado de los medios necesarios, deberá ser en todo momento cuidada. En este sentido, y teniendo en cuenta que la mejor profilaxis antivenérea es la abstención, se educará con charlas al soldado, incluso a la población civil, de los lugares de acantonamientos, en el sentido de la creación de una nueva moral sexual y como parte de ésta en el funesto error tan repetido de los disturbios orgánicos que podrían originarse de la abstención.

En el aspecto higiénico general no sólo los soldados serán la piedra de toque de la propaganda. También la población civil, harto olvidada en pasados tiempos y sumida en un marasmo de incultura, será invitada a charlas y conferencias de divulgación. En determinados momentos, incluso las duchas y medios de desinfección de la tropa podrán ser cedidos momentáneamente, y se hará hincapié y se ayudará a las autoridades civiles de los pueblos en el sentido de crear servicio de duchas estables y medios higiénicos generales.

Finalmente, los médicos, los oficiales de Sanidad Militar tienen una ocupación constante en la creación de escuelas, donde la instrucción y enseñanza sanitarias a sus hombres les prepara cada vez con más eficacia a combates venideros, donde la Sanidad Militar ha de necesitar en último análisis un conocimiento cada día más completo de su cometido.

El personal de los puestos de clasificación

Las características esenciales de los Puestos de Clasificación, en cuanto a tipos distintos (Brigada, División o Cuerpo de Ejército), que se excluyen unos a otros, en cuanto a movilidad y sobre todo en lo que respecta a funciones más o menos restringidas, implica necesariamente una falta de fijeza del personal, que lógicamente habrá de variar también dentro de amplios límites. De aquí que en las plantillas oficiales de División, Cuerpos de Ejército y Ejércitos no se especifique un personal determinado para los Puestos de Clasificación. Lógicamente así tiene forzosa-mente que ocurrir. Cuando un Puesto de Clasificación de Cuerpo de Ejército existe, quedan ya anulados los posibles Puestos de Brigadas y Divisiones. De existir plantillas para estas formaciones en cada escalón se desprende fácilmente que gran parte del personal quedaría sin una utilización inmediata. No hay plantillas en estas unidades superiores con un criterio acertado a nuestro modo de ver. Si las hay en una pequeña unidad. Así, las Brigadas tienen su personal para los Puestos de Clasificación correspondientes. Lógico es suponer que cuando las características de un combate, el terreno o cualquier otra causa, aconsejen que no se instalen los Puestos de Clasificación de Brigadas, sino de unidades superiores, el personal de aquéllas, parte de él irá

a nutrir las nuevas formaciones no especificadas de escalones superiores.

Así lo hemos vivido en la práctica. En determinada operación en que se instaló un Puesto único de Cuerpo de Ejército, el personal de él, la mayor parte del personal, salió precisamente de las pequeñas unidades subordinadas. Igualmente se ha hecho en otras condiciones en que fué necesario instalar Puestos de Clasificación Divisionarios.

No hay problema, por lo tanto. Si bien es cierto que en las grandes unidades las plantillas no especifican personal para los Puestos de Clasificación, no es menos evidente que el personal que se adscribe a las pequeñas unidades, por no tener misión cuando los Puestos de Clasificación de unidades superiores se instalan, se basta y sobra para nutrir las necesidades.

Mas, ¿qué personal es el necesario en un Puesto de Clasificación? La pregunta sería pretencioso contestarla en términos absolutos. Habiendo Puesto de Clasificación con funciones restringidas y con amplias misiones se comprenderá que el personal variará con los límites de funcionamiento de los Puestos de Clasificación.

Refiriéndonos, en primer lugar, a las Brigadas, las plantillas

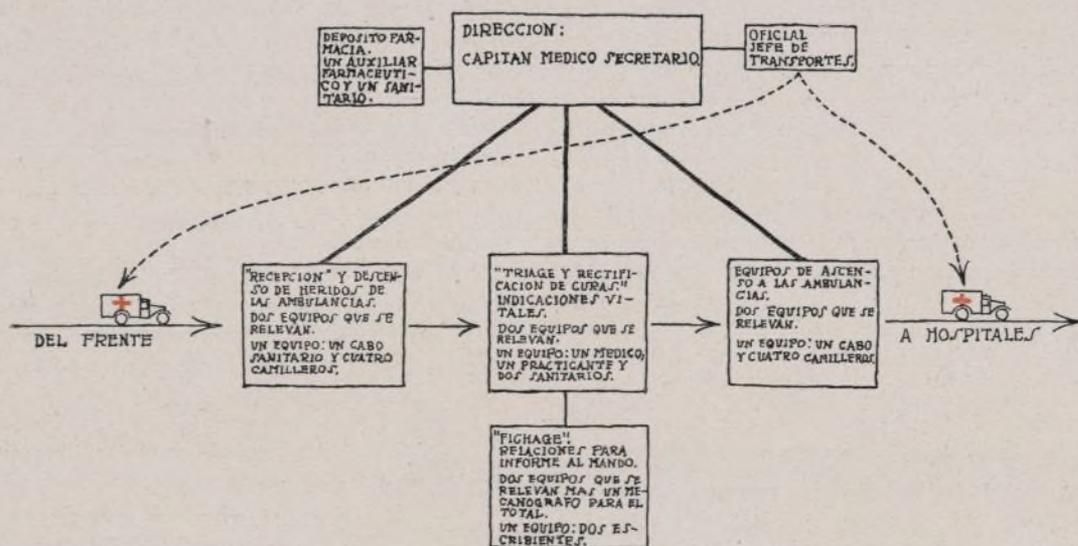
asignan el personal siguiente para los Puestos de Clasificación (el llamado Puesto de curación de la Brigada):

Un Capitán médico, un Teniente médico, tres Auxiliares facultativos, un sargento, un cabo y diez camilleros. Ni que decir tiene que, dadas las posibilidades de trabajo de un Puesto de Clasificación de Brigada, este personal es suficiente para cumplir su cometido.

Cuando de estos Puestos de Curación de Brigada se pasa a unidades superiores, el personal no sólo es ya suficiente, sino parcialmente excesivo. Así, si nos figuramos un Puesto de Clasificación de Agrupación de Brigadas, en una unidad compuesta de tres de éstas tendremos un total de seis médicos, de nueve auxiliares facultativos, etc. Naturalmente que no todo este personal ha de emplearse en los Puestos de Clasificación y que gran parte de él podrá quedar a disposición de los Jefes de Sanidad respectivos para la utilización que en cualquier momento se estime conveniente.

indicaciones precisas y en algunas ocasiones ejecute por sí mismo la indicación vital. Le auxilian en sus funciones un practicante y cuando menos dos sanitarios capaces, especializados para efectuar incluso las inyecciones que el médico ordene en todo caso. Igual podemos decir aquí que respecto al personal de «recepción». La continuidad del trabajo de un Puesto de Clasificación exige que este personal sea doble para tener la capacidad de relevos necesaria. Así, tendremos dos médicos, dos practicantes y cuatro sanitarios especializados aptos y hábiles para estas misiones. No insistimos, porque ya ha sido tratado en otro lugar, acerca de las cualidades que deben reunir estos hombres y, sobre todo, los médicos.

Mas a la función del triage en sus dos modalidades, rectificación de cura e indicaciones vitales, se une, porque tiene que efectuarse a la vez una misión de gran importancia: Se trata del fichaje en los casos en que éste no venga lo suficientemente ejecutado; se trata de las relaciones nominales de heridos y,



Y ya tenemos personal, y personal suficiente. Nuestra tarea ahora es entresacar de este personal de los Puestos de Clasificación de Brigadas, el necesario para la instalación de Puesto de Clasificación de unidades superiores. Lógico es que no estudiaremos las necesidades de cada uno de los tipos de Puesto de Clasificación. Nuestros datos, sacados de la experiencia, no pretenden ser absolutos, y, por otra parte, se refieren a las posibilidades máximas de funcionamiento de un Puesto de Clasificación.

A un Puesto de Clasificación de Agrupación de Brigadas o de Cuerpo de Ejército, en plenitud de funciones, llegan los heridos del frente. Bien en artolas, excepcionalmente; bien, como ocurre corrientemente, en ambulancias. La primera tarea es descender a los heridos del vehículo de transporte. De esta misión surge una necesidad. De entre el personal de los Puestos de Clasificación debe existir un equipo con función única específica de encargarse del descenso de los heridos a la llegada. Este grupo, que podríamos llamar de «recepción», en el caso más amplio que nosotros conocemos, en una operación con gran cantidad de bajas, estaba compuesto por cuatro camilleros y un cabo. Mas téngase en cuenta que a un Puesto de Clasificación en combate siempre, en ninguna hora del día o de la noche afluyen ambulancias. Un grupo de «recepción» no podría soportar el trabajo continuo de una operación de varios días de duración. De aquí la necesidad de que existan dos grupos de esta índole.

Como resumen: Diez hombres (dos cabos y ocho sanitarios), dispuestos en dos equipos de cinco hombres, que se relevan según las necesidades y contingencias y destinados exclusivamente al descenso de los heridos de las ambulancias.

Ya los heridos se encuentran en el lugar destinado al efecto, en la Zona del Puesto de Clasificación destinada a la recepción. Se impone entonces el triage y la rectificación de cura en los casos necesarios. No insistimos sobre los aspectos técnicos de estas cuestiones que ya han sido tratadas en otro lugar. Respecto a personal, ha de existir forzosamente un médico que haga las

en suma, del conjunto de datos que no es de este lugar exponer y que serviría para el informe diario al mando y en su día para la confección de la estadística. Para esta función se requieren dos hombres, también en dos equipos, de cuya distribución de trabajo se hablará en otra ocasión.

La coexistencia del Puesto de mando de la Sanidad con el Puesto de Clasificación elimina la necesidad de un mecanógrafo que puede ser el mismo de aquél, pero en ocasiones si razones especiales aconsejan la separación se hace necesaria la existencia también de un mecanógrafo.

Viene entonces el traslado de los heridos a las ambulancias, y como es lógico se hace necesario también como para la recepción un equipo doble de un cabo y cuatro camilleros.

A esto se ha de añadir, si existe en el Puesto de Clasificación el depósito de Farmacia, un auxiliar farmacéutico y un sanitario para las atenciones de las necesidades del frente.

Finalmente, se requiere lógicamente el personal de transportes necesario para la dotación de ambulancias y de los restantes vehículos de los Puestos de Clasificación.

Dos problemas quedan por resolver: El de control de las ambulancias y distribución del trabajo entre ellos, que corre a cargo de un Oficial de Transportes adjunto a la Dirección del Puesto. El otro problema es de la dirección misma del Puesto. Corrientemente, este cargo lo desempeña el Capitán médico secretario de la unidad que crea el Puesto mismo, mas en cualquier momento un médico de los equipos mismos de rectificación de cura o cualquiera que se destaque en un momento determinado puede servir, al efecto.

Todos los datos anteriormente expuestos se refieren al máximo de personal que un Puesto de Clasificación puede necesitar en combate. Esta cantidad permite el desdoblamiento del Puesto en el avance o en la retirada. Naturalmente que faltan por coordinar las funciones de estos distintos equipos en el interior del Puesto. Mas este punto, así como el de las más corrientes restricciones de personal en Puestos de Clasificación de funciones, también restringidas, serán expuestos en otra ocasión.

Sobre la organización de

Hemos hablado ya, desde la revista sanitaria de la XV División, del primer hospital, el más próximo a la línea, y, además, sólo desde uno de sus aspectos: ¿Dónde hay que montarlo? Antes de entrar en otros puntos tenemos que ampliar el problema refiriéndonos a toda la red de hospitales que necesita un Ejército en operaciones. Esta ampliación condiciona, como ya veremos también, el salirnos del marco estrecho trazado en un principio, puesto que el problema de la distancia de los hospitales al frente no puede ser tratado aisladamente.

Empezamos con las experiencias que nos ha dejado la Guerra Mundial. Nos basamos esencialmente en tres fuentes de conocimientos: Hoffmann (Los médicos alemanes en la Gran Guerra, 1922), Clavelin y Jame (Service de Sanité, 1936) y Montserrat (Servicio Sanitario en Campaña, 1937).

La Sanidad de la Guerra Mundial disponía en principio en la zona inmediata

al frente de dos formaciones hospitalarias: El Hospital de campaña y el Hospital de evacuación. La capacidad de operación de estas dos formaciones ha sido muy reducida; en realidad así tenía que serlo, porque según el criterio entonces dominante la mayor parte de los heridos recibirían su asistencia en escalones situados más a retaguardia. Estos primeros hospitales han sido desbordados a cada aflujo de heridos.

La situación ha cambiado pronto. El gran incremento inesperado de los heridos graves producido, en primer lugar, por los proyectiles de artillería—circunstancia que ha encontrado su expresión estadística en las palabras inversión de la fórmula de balística—exigió un cambio rápido en la orientación citada: la intervención quirúrgica tenía que ser avanzada. Por esta causa el Hospital de evacuación ha sido reforzado de modo importante. A consecuencia del establecimiento de los frentes en la segunda mi-

dad de la guerra, de la transformación de la guerra de maniobras en guerra de posición, estos hospitales se han estabilizado y transformado en entidades potentes. Cuando más adelante se iniciaron otra vez las grandes ofensivas, estos hospitales no podían cumplir con su misión; han fallado porque habían perdido su movilidad. Estando situados en una distancia de 25 á 30 kilómetros de la línea, no podían seguir los movimientos de las tropas: se retrasaban considerablemente en la ofensiva y han caído en poder del enemigo en las retradas.

Como consecuencia de esto el Hospital de evacuación se ha dividido en dos: en el Hospital de evacuación primario y el Hospital de evacuación secundario, con la aspiración de dar al primero una mayor movilidad, y de poner el centro gravitatorio de las funciones quirúrgicas curativas sobre el segundo. «El desdoblamiento del antiguo Hospital de evacuación constituye, pues, la fórmula más reciente y más eficaz de la organización y funcionamiento del servicio sanitario en campaña», escribe Montserrat. Veamos en qué medida esta fórmula más reciente se ha acreditado en nuestra guerra; queremos intentar confrontar las experiencias de la Guerra Mundial con las nuestras.

El sistema de hospitales, según la experiencia de la Guerra Mundial, prevé los siguientes escalones: El primer Hospital, perteneciente a la Sanidad del Cuerpo de Ejército, está situado de 12 á 15 kilómetros del frente (del llamado puesto quirúrgico avanzado se habló ya en otro lugar; no es una formación constante). Este hospital tiene—según la nueva terminología—el apelativo curioso de Grupo de Ambulancias de Cuerpo de Ejército (G. A. de C. de E.). El G. A. de C. de E. tiene la siguiente característica: es una formación con una movilidad relativamente importante, tiene una capacidad de 250 camas (Toubert), de las cuales están destinadas a los heridos 175; necesita para su montaje de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, con locales apropiados ya existentes; tres a ocho días, cuando tiene que ser montado totalmente con los elementos transportables; trabaja con tres equipos quirúrgicos (según otros autores, con dos), y tiene la misión de operar y hospitalizar a los heridos de extrema y primera urgencia (dejamos aparte, en toda esta exposición, las misiones que no conciernen a los heridos); en períodos de calma relativa es el sitio donde, después de un profundo triage quirúrgico, se efectúa la distribución de los heridos para una intervención.

El segundo escalón lo constituye el

los hospitales de campaña

hospital de evacuación primaria. Se considera como un hospital móvil perteneciente al escalón Ejército; se encuentra a una distancia de la línea de 20 á 50 kilómetros, por término medio 30, y en la proximidad de una línea férrea; tiene una capacidad de 500 camas, de las cuales son destinadas para heridos las tres cuartas partes; necesita para su instalación seis a ocho días, con la existencia de locales apropiados; de ocho días hasta dos meses (!), con un montaje independiente

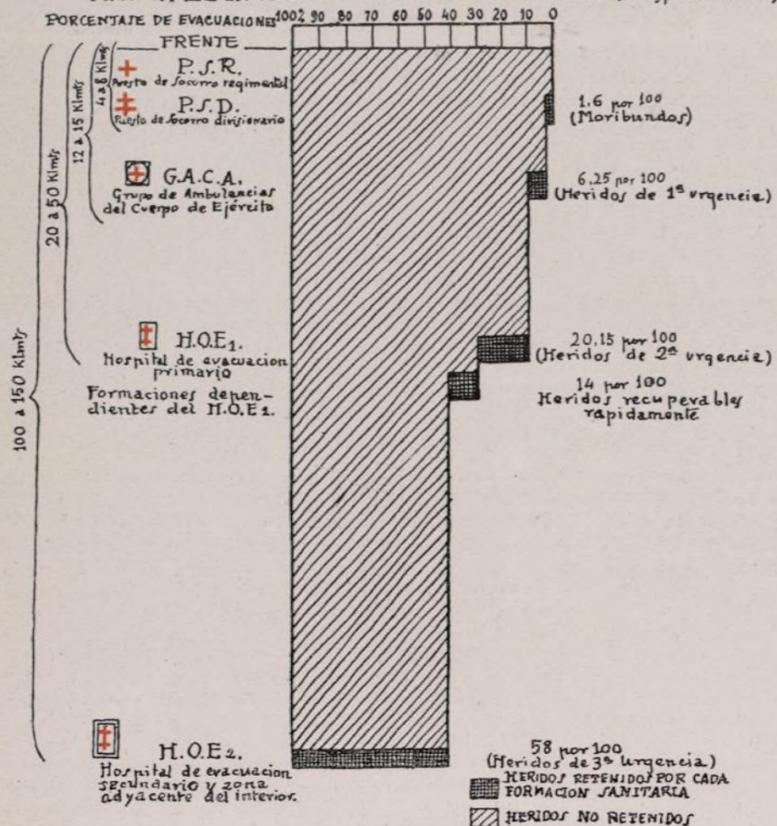
nes, de cinco a ocho semanas para su instalación. Opera a los heridos de tercera urgencia y a aquellos a quienes los hospitales anteriores no han podido asistir. Constituye la gran barrera del Ejército hacia la recuperación.

Además de los hospitales mencionados, el Ejército dispone de formaciones adicionales: Ambulancia quirúrgica-pesada, Ambulancia quirúrgica-ligera, hospital complementario del Ejército, con tres, dos y un equipos quirúrgicos, respectiva-

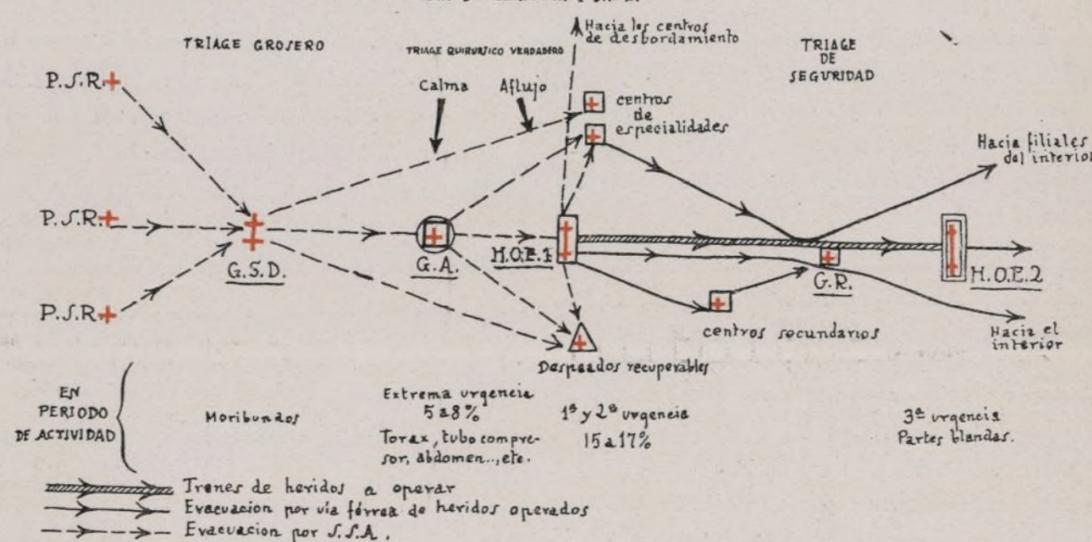
nidos imperiosamente en el escalón de Cuerpo de Ejército.

PRIMERA URGENCIA.—Las fracturas del bacinete, fracturas de muslo y pierna, complicadas lesiones vasculares, son, en razón del peligro de gangrena gaseosa, heridos de primera urgencia, que serán retenidos en el Cuerpo de Ejército en período de calma o si las disponibilidades lo permiten; o que serán dirigidos, tras una revisión de la inmovilización, hacia

REPARTICION DE LOS HERIDOS EN LAS FORMACIONES DE TRATAMIENTO ESCALONADAS DESDE EL FRENTE HASTA EL INTERIOR (Cuadro del Médico General Inspector Toubert)



ESQUEMA DE LAS EVACUACIONES Y DEL TRIAGE (SEGUN EL CUADRO DE CLAVELIN Y JAME)



(según el material—tiendas o barracas—); trabaja con dos equipos quirúrgicos; en períodos de calma constituye el sitio principal de hospitalización, mientras que en períodos de combate está destinado a la recepción de heridos de segunda urgencia y de los de primera que no pudieran ser operados en el G. A. de C. de E.; completa el triage quirúrgico ya iniciado en los escalones precedentes; en tiempos de gran actividad es el centro de este triage.

La siguiente etapa hospitalaria, el hospital de evacuación secundaria, está situado propiamente fuera del radio del Ejército, de 100 á 200 kilómetros del frente, y es destinado para más de un Ejército. Es una entidad numerosa con 2,500 camas, de las cuales sirven para los heridos las tres cuartas partes. Tiene departamentos para todas las especialidades. Se considera como "semi-móvil", pero necesita, con las más favorables condicio-

mente (Clavelin-Jame), sobre cuyos emplazamientos y misiones especiales no sabemos nada. Son, como parece, formaciones de reserva que, según la necesidad, refuerzan uno u otro de los escalones constantes.

Para ilustrar las funciones de cada una damos los dos esquemas adjuntos. Uno de ellos (Toubert) trata solamente de la distribución de los heridos según la urgencia entre la cadena de hospitales; el otro (Clavelin-Jame) tiene en cuenta, además, las diferentes direcciones de la evacuación dentro de cada etapa. Como base de la distribución de los heridos sirve un triage, que sale de la clasificación siguiente (Clavelin-Jame): Heridos de extrema urgencia. Los heridos shockados, anemiados, portadores de tubo compresor; los heridos que sangran abundantemente, los de tórax, abdomen y aquellos con grandes desgarros entran en esta categoría. Son éstos los que deben ser rete-

el hospital de evacuación primaria, en caso de actividad constante.

SEGUNDA URGENCIA.—Serán considerados como tales los heridos cuyo estado no exige una intervención inmediata o que necesitaran una larga hospitalización después de la operación. Entran en esta categoría los craneos, los raquis, las heridas articulares, las fracturas sin lesión vascular, las heridas profundas de partes blandas del miembro inferior con proyectil incluido, expuestas a la gangrena gaseosa.

TERCERA URGENCIA.—Los heridos de partes blandas superficiales, las fracturas benignas.

Ahora queremos mirar este margen de las experiencias de la Guerra Mundial, hecho a grandes rasgos, bajo la luz de las experiencias hasta ahora cosechadas en nuestra guerra. (Continuará.)



Cómo luchar contra los peligros del frío

HELADURAS O CONGELACIONES

CAMARADA SOLDADO:

Ultimamente, en la ofensiva gloriosa de nuestro Ejército, que culminó en la toma de Teruel, tú has tenido ocasión de ver cómo muchos soldados, camaradas nuestros, han quedado fuera de combate por un nuevo enemigo: el frío.

Algo más puedes hacer. De estas congelaciones o heladuras la más frecuente es la llamada "pie de trinchera", que no es más que la congelación de los pies. Entre las causas que favorecen su aparición está la dificultad para la circulación de la sangre. Así, una bota muy prieta o mucho tiempo puesta, o una posición forzada en la trinchera o en un parapeto improvisado, son condiciones buenas para que aparezca la congelación. Tú puedes evitarlo procurando quitarte las botas y friccionarte los pies siempre que tengas un momento de descanso. En el parapeto procura cambiar de posición continuamente.

Cuida, además, de tener tus pies limpios. De esa suciedad en los pies nacen luego, ya aparecida la congelación, las más funestas complicaciones.

En resumen, camarada soldado, tú puedes ayudarnos, y salvarte a ti mismo de las consecuencias del frío, observando lo siguiente:

El frío hiela, congela, por decirlo así, las partes del cuerpo más expuestas a su acción. En los pies, las manos, las orejas, las narices se nota, junto al frío intenso, un picor grande; después, aquella zona queda insensible, como muerta, y pronto el pie entero, la zona que sea, se hincha considerablemente y toma una coloración violácea.

Muchos de los compañeros en estas condiciones se calentaron bruscamente, y de aquí han resultado verdaderas gangrenas en algunos casos que hubieran podido evitarse. Tú, camarada soldado, si alguna vez notas los síntomas que te decimos más arriba no busques el calor nunca. Coge nieve y frótate con ella, o con un trapo mojado. Después, si tienes la cura individual, la aplicas cuidadosamente. Si no, vas en busca del camarada sanitario que te hará la indicación oportuna. Así colaboras con nosotros en la conservación tan importante de nuestros efectivos.



1 Cuando operes en zona húmeda, con nieve o mucho frío, procura cambiar de posición con frecuencia.



2 En los momentos de reposo quítate el calzado y fricciona los pies con nieve o con un trapo mojado.



3 Conserva una higiene perfecta de tu cuerpo. Los pies deben ser objeto de especial limpieza.



4 Si aparece la congelación, ¡no te calientes bruscamente! Fricciónate con nieve y busca al Sanitario.

Facsímil de la primera hoja de *Consejos Sanitarios a los combatientes* editada por la Sanidad de la Inspección de Maniobra, cuya difusión rogamos a los camaradas jefes de Sanidad.

ESTADÍSTICAS SANITARIAS SOBRE EL CALCULO DE BAJAS EN REPOSO

Interesa al mando no solo el cálculo previo de bajas en combate, sino también el de las que pueden producirse en frentes estacionados. En todos los tratados clásicos de Sanidad Militar a nuestro alcance se dan cifras en este sentido, que si bien son casi nulas en las pequeñas unidades, adquiere una importancia no despreciable en las grandes.

Así, y tomando como tipo la división de infantería, se dan las siguientes cifras de bajas a evacuar:

En reposo, 1'8 a 2'7 por mil. En las marchas ordinarias, 2'4 a 3 por mil. En las marchas forzadas, 6 a 18 por mil.

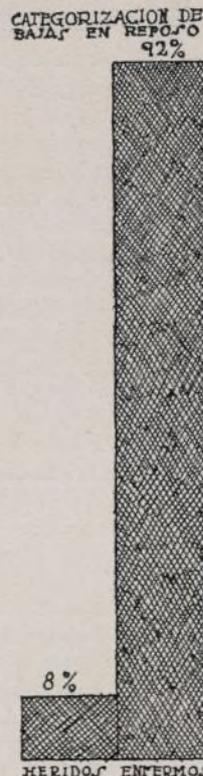
Naturalmente que en estos cálculos están eliminadas las influencias epidémicas y son, por otra parte, algo disminuídas ya que no están incluidas las bajas de las unidades auxiliares divisionarias.

Inútilmente hemos buscado cálculo de bajas en la guerra de posiciones. No se dan en ninguno de los tratados de que disponemos, pero datos personales recogidos en el transcurso de seis meses en un conjunto de diez Batallones autoriza, con todas las reservas que resaltan claramente, a hablar en este sentido.

Y nuestros datos no pueden ser más halagadores. Reflejan exactamente el estado sanitario de una tropa cuyos médicos se ocupan activamente en la conservación de los efectivos.

Así, en guerra de posiciones, nuestros

datos arrojan la cifra de un 2'5 por mil, y téngase en cuenta que en esta cifra es-



tán incluidos datos epidémicos (la zona a que nos referimos tenía focos palúdicos

que, a pesar de todas las medidas, dieron lugar lógicamente a la aparición de bajas).

Compárese esta cifra de guerra de posiciones nuestra, con inclusión de los datos epidémicos, con las cifras que hemos citado anteriormente de reposo y maniobra en la Gran Guerra y se verá la eficacia de nuestro servicio sanitario.

Y se nos plantea el problema de la repartición de estas bajas, de la categorización de estas bajas en momentos de reposo. Nuestros datos, acerca de los cuales carecemos de antecedentes bibliográficos, arrojan la cifra que se expresa en el gráfico.

Como se ve hay una inversión completa, como es lógico que suceda, respecto a los datos que en otra ocasión (1) expusimos de categorización de bajas en combate.

Faltos del término de comparación no podemos sacar conclusiones de este porcentaje parcial. Mas el porcentaje total habla por sí solo con sobrada elocuencia. El Ejército de la República tiene en guerra de posiciones menos bajas que los Ejércitos de la Gran Guerra en momentos de reposo, acantonamiento, etc. A superar aún estos resultados van encaminados los esfuerzos todos de los médicos militares.

(1) Véase el núm. 22 de la revista sanitaria de la XV División.

EL MATERIAL SANITARIO DE LOS BATALLONES

Ya en una de nuestras revistas se han expuesto las necesidades sanitarias de los Batallones en lo que respecta a ambulancias, y también en lo que atañe a los tipos de *cestones* utilizados corrientemente.

Tratamos, por nuestra parte, de especificar el contenido de estos *cestones*. Partimos del hecho de que en cada Batallón existen dos de ellos. Especificados de esta forma en las plantillas son realmente necesarios. Piénsese sólo en la necesidad del desdoblamiento del P. S. en ocasiones y se verá la justeza de que sean dos los *cestones* de dotación.

Mas las necesidades sanitarias de un combate difieren en mucho de las que existen en frentes estacionados, en guerra de posiciones, en acantonamientos. Hay, por decirlo así, un material de cura y un material de asistencia a enfermos. Se plantea entonces el dilema de, o bien destinar un *cestón* a curación y otro a tratamiento de enfermos, o bien que ambos *cestones* sean divalentes y contengan mitad por mitad el material necesario para cada una de estas funciones. De ambas soluciones y teniendo en cuenta siempre la imperiosa necesidad del desdoblamiento de los puestos de socorro de batallón en combate y la posibilidad de que también en reposo el puesto de socorro de batallón se desdoble, claro es que nuestro criterio se encamina a que ambos *cestones* sean idénticos en su contenido.

Escabroso problema es especificar esto.

¿Qué material de combate, de curación, habrán de tener los batallones; y cuál ha de ser la dotación medicamentosa de estos *cestones* para la asistencia de enfermos?

Especifiquemos, en primer lugar, el material necesario en combate que habrá de repartirse, por lo tanto, entre los dos *cestones* de dotación del batallón.

El material de curación que a continuación transcribimos y que, a nuestro modo de ver, es el imprescindible y necesario, está calculado con arreglo al número de heridos que un batallón puede tener en combate. Mas teniendo en cuenta que en las compañías ya existe dotación de material de cura y que, sobre todo, en los casos leves no se han de necesitar rectificaciones de cura, en los batallones, en determinados momentos, realmente se necesita menos material de curación. En este sentido hemos hecho una serie de cálculos que nos han llevado a las conclusiones que siguen:

Material de curación "de combate", de dotación en los batallones de Infantería (Repartido en dos *cestones*)

- Gasa: 12 botes pequeños o 6 grandes.
- Compresas: 4 paquetes de 10.
- Algodón: 3 kilogramos.
- Vendas: 20 de 5 x 5, 30 de 7 x 10 y 15 de 10 x 10.
- Esparadrapo: 4 carretes de 5 cm. de anchura.
- Imperdibles: 10 paquetes.
- Pañuelos triangulares: 20.
- Vendajes de cuerpo: 8.

Vendajes en T: 8.

Suspensorios: 10.

Férulas de Cramer: 5, de dos metros.

(Además, y en los casos que sea posible, se aconseja que se lleven gotieras de tipos distintos.)

Tubos compresores: 18.

Alcohol: 2 litros.

Tintura de yodo: 200 gramos.

Agua oxigenada: 1 litro.

Inyectables

Cafeína: 20 ampollas.

Aceite alcanforado: 30 ampollas.

Morfina: 20 ampollas.

Ergotina: 10 ampollas.

Lobelina: 10 ampollas.

Suero fisiológico (preferentemente el autoinyectable Rápido): 6 ampollas.

Suero antitetánico: 10 ampollas.

Suero antigangrenoso: 10 ampollas.

Instrumental

3 jeringuillas de 2 cc.

2 jeringuillas de 5 cc.

2 jeringuillas de 10 cc.

Agujas variadas.

2 tijeras fuertes de Vizion.

Tijeras recta y curva.

2 bisturís.

2 pinzas de Kocher.

2 pinzas de disección.

Agrafes.

Pinzas porta-agrafes.

A más de este material los batallones irán provistos de un stock de material, según los datos que los especialistas de este servicio juzguen oportunos.

A propósito del «pie de trinchera»

En el capítulo general de las congelaciones o heladuras locales, la afección denominada «pie de trinchera» ocupa un lugar relevante y tiene para nosotros un interés de actualidad condicionado lógicamente por la época del año en que nos hallamos.

Conocidas son de todas las guerras las producciones de heladuras o congelaciones varias, mas es en la guerra europea, en el frente occidental francés, en la región de Alsacia y Lorena y en la zona ocupada por el 52 Cuerpo de Ejército alemán donde el problema adquiere caracteres alarmantes. Se crean Hospitales especiales para los congelados. Fossey y Merle, que dirigieron una de estas instituciones, tienen en una pequeña zona del frente 3.500 casos de estas heladuras. El problema que naturalmente preocupó a los mandos, no sólo por la producción de las bajas en sí, sino también por la gravedad que el cuadro clínico mostraba en ocasiones, fué abordado con entusiasmo y estudiado desde todos los puntos de vista. Las revistas científicas francesas de los años 1914-18 están repletas de citas y comunicaciones en este sentido. Entonces toma carta de naturaleza el «pie de trinchera». Raymond intenta crear una entidad naológica especial, y consigue aislar un hongo, el *Sterpotricus Magini*, que sería el responsable de la afección. Mas el sentir general, el criterio de los clásicos, es considerar las «heladuras de los pies», el «pie de trinchera», como casos corrientes de congelaciones, matizadas especialmente por la concomitancia frecuentísima de infecciones cuya explicación se encontraría en la falta de higiene y en los déficits alimenticios que crean en general un terreno abonado a todas las posibles complicaciones.

No pretendemos en este lugar dar una divulgación general en este sentido. Encuadrado el «pie de trinchera», como es la idea más corriente, entre las heladuras o congelaciones parciales, claro está que los factores patogénicos, los tipos clínicos, la anatomía patológica es la misma de éstos. Nada hemos de decir en este lugar. Nos interesan sólo aquellos datos que pueden servir como guía en la profilaxis y en el tratamiento inicial.

Teniendo en cuenta que en la producción del «pie de trinchera» se unen a los factores de humedad y frío otros no menos importantes, entre los que destacan una especial labilidad vasomotora, se comprende que los consejos y reglas para la profilaxis no han de ser en absoluto eficaces. Las posiciones forzadas, obligadas por la estancia en trincheras o en parapetos improvisados, abonan aún más las dificultades para una profilaxis activa. No evitaremos las heladuras mismas, pero sí se podrán evitar en todo momento las complicaciones con consejos, nunca en demasía repetidos, sobre la higiene, sobre la probabilidad de descalzarse siquiera algunos hombres en los momentos de descanso.

Aparecida la congelación, que el soldado nota evidentemente por el edema concubitante (vasodilatación parálitica), hay que insistir una vez más cerca de los soldados con todo género de medios de propaganda. Así, se ha de evitar todo calentamiento brusco de los pies. En todos los casos que conocemos de gangrenas que han requerido amputación más o menos extensa, los soldados han pasado bruscamente a calentarse los pies. Es el caso vulgar y harto conocido de los sabañones. En todo caso de «pie de trinchera», en toda heladura o congelación local, el tratamiento inicial deberá ser friccionarse con nieve o, en su defecto, con un trapo húmedo, de agua fresca la parte congelada. Después recomiendan algunos autores una cura aséptica. Ciertamente hemos visto casos de «pie de trinchera» aparecidos después de estos cuidados; mas en todos los casos la benignidad del proceso permite la aplicación del tratamiento.

El guayacol, el gomenol, los preparados de dermatol y los demás tratamientos reconocidos y empleados en la gangrena, no son de este lugar. Igual respecto a la necesidad de las vacunaciones preventivas, sobre todo la antitetánica, ya que han de considerarse en general estas lesiones como infectadas. Aquí—lo repetimos—sólo pretendemos unos consejos prácticos a los soldados. En otra ocasión será tratado el tema con la extensión que merece.

La sanidad de ellos

Franco considera al trabajador como bestia de carga; al soldado, como carne de cañón. El hombre no le interesa al fascismo más que en la medida que puede utilizarlo para los fines de servir intereses de una minoría integrada por banqueros, grandes terratenientes y otras castas privilegiadas. El hombre, como valor en sí, le importa a Franco lo mismo que sus botas: éstas le son necesarias para andar; aquél, para extraer carbón de las minas, productos del campo, para hacer la guerra. Cuando a Franco se le estropean sus botas las tira y las sustituye por otras. Cuando un soldado de ellos cae herido y ya no sirve para el combate, lo deja de lado; lo importante es sustituirlo por otro. Lo importante es la guerra. El hombre, para Franco, no importa nada.

La guerra que nos impusieron la sostenemos y la sostendremos hasta el fin; pero al luchar no caemos en el error de olvidar que lo hacemos por la dignidad del hombre, por una vida mejor. Lo importante para nos-

otros es el hombre; para nuestros jefes y para nuestros comisarios, el cuidado del hombre, su capacitación y elevación moral y política, el atender sus necesidades materiales y espirituales es preocupación fundamental.

Nuestros Servicios Sanitarios velan por la salud del hombre y hacen lo posible por mitigar el dolor de sus gloriosas heridas. La vida de nuestros hombres es para nosotros tan preciosa como la victoria misma.

Ellos utilizan la Sanidad porque un soldado recuperado puede volver a empuñar nuevamente el fusil. Y por nada más: Si las bajas de guerra no diesen más que inútiles totales, tenemos la seguridad de que Franco habría suprimido por decreto sus Servicios Sanitarios.

Por eso ellos, que tanto cuidan de asegurar su armamento y todos los servicios auxiliares a costa de tanta traición y de tanto crimen, no aseguran el buen funcionamiento de su Sanidad Militar. Siempre que hemos ocupado una trinchera enemiga vimos la misma suciedad,

la misma carencia de la más elemental higiene, como señal evidente de desconsideración y desprecio hacia el hombre. Sus trincheras son cuadras inmundas, pocilgas de dolor y miseria.

Recientemente, en las operaciones que culminaron con la toma de Teruel por el Ejército Republicano, pudimos comprobar que para toda la importante capital de esta provincia existía tan sólo un equipo quirúrgico encargado de atender tanto a la población civil como a los numerosos heridos de su extenso frente. (Como dato curioso que nos revela la calidad moral del jefe sanitario de este equipo, hemos sabido que fué un médico, el cual, al principio de la guerra, se encontraba en nuestro campo haciendo declaraciones de ferviente lealtad a la República, y que en los días difíciles que precedieron a las jornadas de noviembre huyó de nuestro territorio a Francia. Por la frontera anduvo hasta ver de qué lado se inclinaba el fiel de la balanza, y según le dictó su traición resolvió pasarse a las filas de Franco. Fué destinado a Teruel y desde allí ha pasado—esta vez inesperadamente y contra su voluntad—al campo republicano.)

En Teruel, los heridos de su frente se amontonaban en los "nidos de heridos", y cuando consideraban que ya tenían los suficientes habían de telefonear desde el "nido" al primer puesto de socorro, que se encontraba a diez kilómetros de distancia y el cual disponía de una sola ambulancia.

Todos sabemos que nuestros médicos civiles se han incorporado voluntariamente a la lucha y ocupan aquellos puestos que por su especialización y capacidad se han hecho acreedores. Pues bien; Franco, ¡naturalmen-

te!, no cuenta para nada ni con las aptitudes ni con la capacidad: un médico civil, sea quien fuere, es militarizado para servir al "nazi-onalismo" con la categoría de alférez, y éstos son los que desde mayor o menor distancia se enteran de que hay frente. Mientras, los que eran ya médicos militares ocupan ahora en la retaguardia los cargos de responsabilidad, sin haber visto durante toda la campaña una trincheras más que en las fotografías de los periódicos o desde la cómoda butaca de un cinema. En Sanidad, como en todos los órdenes, la bota militar facciosa pisotea e intenta destruir los valores mejores.

Por idéntica razón que el enemigo no tiene comisarios, ni escuelas para analfabetos, ni hogares del combatiente, tampoco puede tener una Sanidad animada por el noble ideal que siente la nuestra. La Sanidad de ellos tiene forzosamente que ser reflejo de su moral corrompida y viciada por sus instintos de feroz egoísmo, por su odio terrible hacia la clase trabajadora. El soldado herido, para ellos es tan sólo un fuera de combate, y bajo este principio se rige su Sanidad. Un solo equipo quirúrgico para todo Teruel, ¡ya es suficiente!; el soldado que sufre el dolor de su carne desgarrada, ¿qué puede importarle a Franco? A ellos lo único que les interesa es seguir disponiendo de hombres esclavizados, autómatas que puedan manejar a su antojo para conservar el capital y los privilegios de unos cuantos.

Para nosotros, el capital más preciado es el hombre. Y por ello tal vez sea en Sanidad donde se perfila más claramente esta honda diferencia de contenido ideológico que separa los dos frentes de lucha.

ESTAMPAS DE NUESTRA GUERRA



La población civil abandona un pueblecito bombardeado por el fascismo.

Reconquista
de la bahía
de San Sal-
vador.



Juan Baulista
Mayno.

APUNTE BREVE SOBRE MAYNO, LA PRIMERA CURA Y OTRAS COSAS

HE aquí un cuadro partido por la mitad. Dos cuadros diferentes, enlazados por sutiles uniones.

La idea no fué del pintor. Se le había encargado simplemente un cuadro alegórico más. Mayno recibió el encargo pictórico y le dió forma. Una forma distinta al criterio primero. Con ello ejecutó la obra que le había de immortalizar.

Los complejos históricos de su tiempo actuaron en él. No pudo evitar su influencia y nos dió un cuadro técnicamente imperfecto, desigual. Dos mitades opuestas. Lo mejor, lo peor que ha pintado en su vida.

Quizás por eso mismo, ¡qué interesante! Es una lección viva la de ese cuadro, además de la formidable lección técnica de su mitad inferior.

Al pintor se le había dado una perspectiva y él la cambió. Era fundamental glosar la gloria del poder oficial. Desde este primer término obligado, el pueblo servil y fiel ocuparía un segundo lugar. En cuanto al sufrimiento a ras de tierra, la auténtica realidad diaria de aquel siglo y de todos, éso apenas podría verse, esfumado por la distancia.

Pero Mayno no lo ha concebido así. Ha preferido viajar largamente para cambiar su perspectiva de las cosas. Abandona el punto de vista oficial y se traslada unos escalones más abajo. De este modo su perspectiva cambia.

Desde allí pinta. La reconquista de la bahía la ve él guarecido tras unas peñas, contemplando desde lejos el coro que aplaude una consagración impuesta junto al mar recobrado, al tiempo que, junto a él, la escena viva y enorme de seres humanos, la escena de una primera cura cualquiera, desarrolla su perfil cálido y real como un trasfondo inexorable de la consagración contigua; ese perfil que—dicho sea de paso—no ha cambiado a través de las épocas.

Y vuelca en la escena humilde toda su simpatía hacia hermanos en múltiples salarios. Y dota a su pincel de las mayores suavidades y de las más enérgicas valentías de oficio.

Una primera cura. Una escena sanitaria vulgar de hace tres siglos. El pintor cortesano de los encargos oficiales se ha sentido sanitario también al pintarlos, tan honra y auténticamente sani-

tario como esos proletarios—verdaderos seres que arrastran su prole miserable y graciosa—que improvisan en todas las batallas una sanidad para ayudar a sus hermanos de clase.

Rodean al camarada herido, mientras una buena mujer le cura. En el suelo, acaso una primitiva bolsa de socorro. El pintor hace en este rincón su mejor obra. Su entusiasmo pictórico se va apagando a medida que se aleja de él. El pintor ha intuído una verdad clara de nuestra actual sanidad de antifascistas. Que toda la aparatosidad de la guerra humana, todo el conglomerado de prohombres y enseres de lucha, gira verdaderamente en torno a esa plástica trascendente en que unas manos amigas remedian con prontitud la herida del camarada soldado. Ha descubierto la realidad de la primera cura, y esa coincidencia con nuestras preocupaciones de hoy nos le hace doblemente estimable.

Porque es un cuadro moderno, tanto como lo somos nosotros. También hemos sabido de la esclavitud y de las palmas obligadas frente a vanos bustos de tiranos. También hemos considerado muchas veces en la vida antigua y en la antigua sanidad ese gesto del caudillo que parece justificar y despreciar el hecho de una vida humana truncada en servicio de causas injustas o estúpidas. Porque sabíamos siempre de la verdad de los hombres que sufren y que contribuyen de continuo con su sangre a mantener el orden malo de las naciones. Porque nos hemos levantado con el pueblo y lo hemos organizado todo con el pueblo, lo mismo que él organiza en este cuadro el escalón primero de su sanidad.

Igual que los proletarios del siglo XVII, nosotros organizamos ahora nuestra Sanidad, aprendemos la trascendencia de la primera cura y—¡sobre todo!—aprendemos a llenar de humanidad nuestra sanidad naciente; aprendemos la solidaridad para con los camaradas caídos; la consideración, por encima de todos los fríos cálculos de bajas, que no desconocemos, del valor infinito de su vida.

Como Mayno, que, frío y ardiente a la vez, nos da a los sanitarios del Ejército Popular, en esas dos mitades dispares que se complementan, un cuadro único y vivo, una segura lección de conciencia social de hace tres siglos.