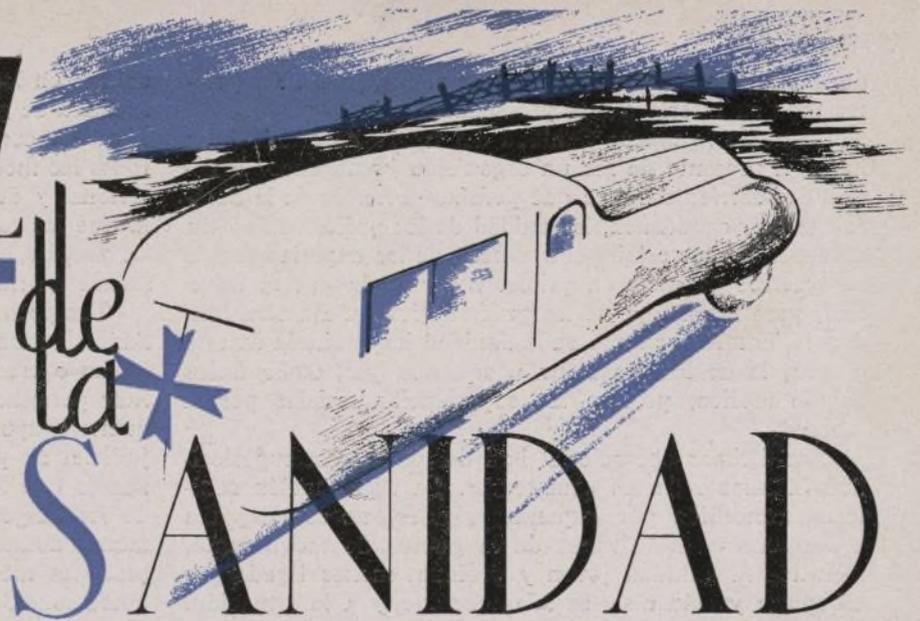


LA VOZ

S U M A R I O

Por una Sanidad monolítica, *Editorial*.—Consejos de un cirujano, *Dr. Madinaveitia*.—Excepciones en el escalonamiento en profundidad de las formaciones sanitarias, *Rodríguez Pérez*.—El Puesto de Clasificación: Funciones burocráticas.—Hospitales de Cuerpo de Ejército, *Dr. Alzamora*.—Efectos de los proyectiles empleados por el enemigo en las últimas operaciones, *Dr. Sarasola*.—Emplazamiento de Hospitales durante las operaciones defensivas, *O. Goryan*.—Reglas para el desbridamiento de las heridas, *K.*—Servicios de higiene en la retaguardia, *Dr. Pilger*.—Crónicas Sanitarias.—De paso, *A. B.*—La labor de los Comisarios de Sanidad, *Chueca*.—Los sanitarios dicen...—Un camarada de hace tres siglos, *Buero*.

Pintura de Rembrandt.—*Historieta de López Rubio*.—*Esquemas de Buero*.—*Fotografías de Hermann*.



de la SANIDAD

DEL EJERCITO DE MANIOBRA

AÑO I 15 DE ABRIL DE 1938 NÚM. 4

POR UNA SANIDAD MONOLITICA

LA Sanidad de nuestro Ejército no era un organismo homogéneo; no lo era por su historia y por su organización; su heterogeneidad estaba motivada por causas diversas. Esto lo sabíamos ya desde hace mucho tiempo; pero durante las últimas operaciones este hecho se ha manifestado mucho más claramente que nunca. En los momentos graves es cuando con más facilidad se aclaran las cosas.

Entre la Sanidad del frente y la de la retaguardia existía una barrera. No queremos glorificar la Sanidad del frente, y está muy lejos de nuestros propósitos subestimar la sanidad de la retaguardia; ambas son elementos necesarios para constituir una Sanidad de guerra eficaz. No se nos oculta que en la retaguardia existen los incansables y los abnegados y que el frente tiene también sus emboscados. ¿A dónde destinar a unos y otros? Para esto debe regir un único principio: donde puedan ser más útiles y prestar mejores servicios a la causa. Desgraciadamente, hasta ahora no siempre ha prevalecido este criterio; la elección era a veces puramente accidental, no siendo raro encontrar el punto de vista de una decisión al dictado de ciertas preferencias. A ello contribuía en gran manera la barrera existente entre la Sanidad del frente y la Sanidad de la retaguardia.

La relación de intereses comunes se desarrolla por el contacto entre los hombres; donde éste falta no puede existir una colaboración armónica y provechosa. La Sanidad de retaguardia tiene una única misión: servir a los intereses de nuestro frente. Pero para ello es necesario que los representantes de la Sanidad de retaguardia conozcan y sientan las necesidades del frente.

Queremos, por ejemplo, entresacar dos problemas importantísimos y urgentes, precisamente aquellos que, hasta ahora, han sido resueltos de manera muy deficiente.

Uno, el problema de la educación de los cuadros sanitarios. En las columnas de nuestro periódico se ha hecho ya crítica en este sentido: la preparación de los sanitarios en los centros de instrucción no corresponde en absoluto a las necesidades del frente. En este aspecto, y con la mayor urgencia, debe introducirse un cambio radical.

Otro problema, la recuperación. Hasta el momento sólo han sido recuperados con regularidad los heridos que no salían de la zona donde operaba el Ejército. Naturalmente que la recuperación no es un asunto que haya de resolver exclusivamente la Sanidad, pero ésta es un factor



En la Universidad de Barcelona, después del último bombardeo.

decisivo de aquélla. La Sanidad de retaguardia debe prestar todo su interés a este problema.

También la misma Sanidad del frente ha estado lejos hasta el presente de ser un organismo homogéneo. Existían dos corrientes: una que podríamos llamar de la Sanidad militar académica, la sanidad de los profesionales. Su alimento teórico estaba entresacado de las experiencias de las guerras pasadas, en primer lugar de la guerra mundial, pero raramente de las guerras vividas. La otra tendencia, la más corriente en la Sanidad improvisada de esta guerra, la de los «amateurs», aquellos que, como único bagaje teórico, poseían las experiencias sacadas por sí mismos.

Las últimas operaciones han demostrado la superioridad indudable de los «amateurs». La organización sanitaria, concebida por esquemas rígidos, no se adaptaba a los constantes vaivenes de la guerra de movimiento, mientras la Sanidad joven y profana, menos ligada por esquemas y cláusulas, se adaptaba mejor a la situación. En nuestro último número intentábamos sacar el balance de la labor realizada. Lo hemos cerrado, pese a todos los defectos, con resultados positivos.

Estamos lejos de defender el puro empirismo. Las experiencias ajenas y las del pasado hay que apreciarlas; esquemas de organización deben existir. Pero más que cada experiencia ajena vale la propia en sentido colectivo: nuestras experiencias en esta guerra. Hay que dominar los conocimientos teóricos de la Sanidad de guerra; pero en la guerra, más importante que el saber adquirido es la moral combativa. Lo fundamental es no perder la

cabeza en los momentos difíciles. Los «amateurs» de la Sanidad de guerra no han perdido la cabeza durante estos días. La consecuencia es palmaria: hay que tratar por todos los medios de acelerar la síntesis de la Sanidad profesional y de la improvisada para crear una Sanidad en la que las experiencias universales pasen por el filtro de las propias, y que esté dirigida por la moral de los entusiastas de nuestra lucha.

Tampoco administrativa y formalmente era nuestra Sanidad monolítica. Existían y existen aun grupitos que llevan o creen llevar una vida independiente. ¿Qué militar permitiría que actuase dentro de su unidad un pequeño grupo independiente? Lo que es militarmente perjudicial no puede ser útil en Sanidad. Además, hay que añadir que los grupos mencionados no están a la altura de las exigencias del frente. Uno, por ejemplo, óptimamente dotado no está capacitado para utilizar por completo los medios de que dispone. En una de las últimas operaciones, el hospital móvil de este grupo no ha visto ningún herido por haberse situado independientemente del plan general de la Sanidad del Ejército. Quince días ha permanecido inactivo este hospital, mientras otros, en plena actividad, no andaban sobrados de hombres y material. Otro grupo de los aludidos posee equipos quirúrgicos propios, pero no se preocupa de su Sanidad de compañía y marcha con frecuencia sin ambulancias al frente.

Las consecuencias se deducen fácilmente: en interés de nuestra lucha urge eliminar todas estas faltas de armonía internas para crear un organismo único, homogéneo, monolítico que trabaje con plena capacidad.

CONSEJOS DE UN CIRUJANO

Es verdad que la mayoría de las veces nos llegan los heridos a los hospitales del frente magníficamente tratados por los médicos de batallón. Sin embargo, aun recibimos algunos heridos con muchas metidas en los orificios que produjeron la bala o metralla.

Pongo yo especial cuidado, cuando esto me ocurre, de que se le haga saber al médico de batallón los inconvenientes que reporta toda gasa introducida en una herida.

Cuando llega un herido sangrando, si le introducimos una gasa en la herida y con ella le hacemos compresión, solemos conseguir que deje de sangrar, cuando no se trata de la rotura de una arteriola importante. Esta forma de cortar las hemorragias, que parece muy útil, en un principio, tiene muchos inconvenientes: arrastramos con la gasa todas las porquerías que arrastró la bala o metralla al interior de la cicatriz. Impedimos la salida de la linfa que tan útil resulta para la limpieza de toda herida. Por otra parte, cuando nosotros quitamos esta mecha, podemos arrancar con ella las partes blandas, que muchas veces son útiles para la cicatrización, y, en cambio, las partes de tela, tierra, etc., que arrastró la bala o la metralla, quedan dentro de la herida sin salir con la gasa.

Estos inconvenientes son si sacamos pronto la mecha; pero si lo hacemos al cabo de muchas horas o días, por causas imprevistas, estas mechas producen verdaderos destrozos. Nosotros hemos llegado a ver una gangrena provocada por una mecha introducida en la mano, que permaneció en ella varios días, por causa de un bombardeo intenso.

No es menos perjudicial la mecha en períodos ulteriores, pero ya nos ocuparemos en otra ocasión de ello.

Como digo, suelen taponarse las heridas para evitar que sangren, pero esto se puede evitar sin más que comprimir directamente la herida poniendo un vendaje compresor.

Se consigue casi siempre poniendo un par de gasas dobladas, encima un bloque de algodón y vendando fuerte.

Sin embargo, si sangra, por tener rota una arteriola más o menos importante, se deberá ensayar durante algunos minutos (dos o cinco) la compresión digital sobre las gasas, comprimiendo directamente con los dedos sobre la herida y procurando tener debajo una porción ósea.

Si con ello no se consigue, por ser un vaso más importante el que sangra, se recurrirá a los diversos compresores, cogiendo el que más próximo se tenga. De no tener ninguno, se recurre al pañuelo, venda o trapo, que se coloca siempre por más alto (próximo al cuerpo) que la herida, procurando no colocarlo nunca ni sobre pierna ni antebrazo, ya que por tener dos huesos la compresión es completamente inútil. En el caso de los compresores es menester que sepa el Sanitario que va en la ambulancia, si ha de marchar muchas horas, que debe aflojarlo un poco, aunque sangre, durante un rato, al cabo de las dos horas de puesto, para volverlo a apretar, y luego repetir el aflojarlo cada media hora.

Es frecuente que se desmayen los heridos, no tanto por pérdida de sangre, como por el terror de defensa orgánica que sentimos al vernos con sangre. Esta defensa corta con frecuencia las hemorragias periféricas. Pues bien; cuando un herido se nos desmaye, no le coloquéis como la mayoría de la gente hace, con la cabeza bien levantada. Sin temor tumbarlo en el suelo y colocarle los pies en alto. A poder ser con la cabeza en el sitio más bajo, pues su desmayo es por falta de sangre que deja de acudir al cerebro, y colocándola en esta disposición conseguiremos que la sangre vuelva en seguida a él, bajando por su propio peso.

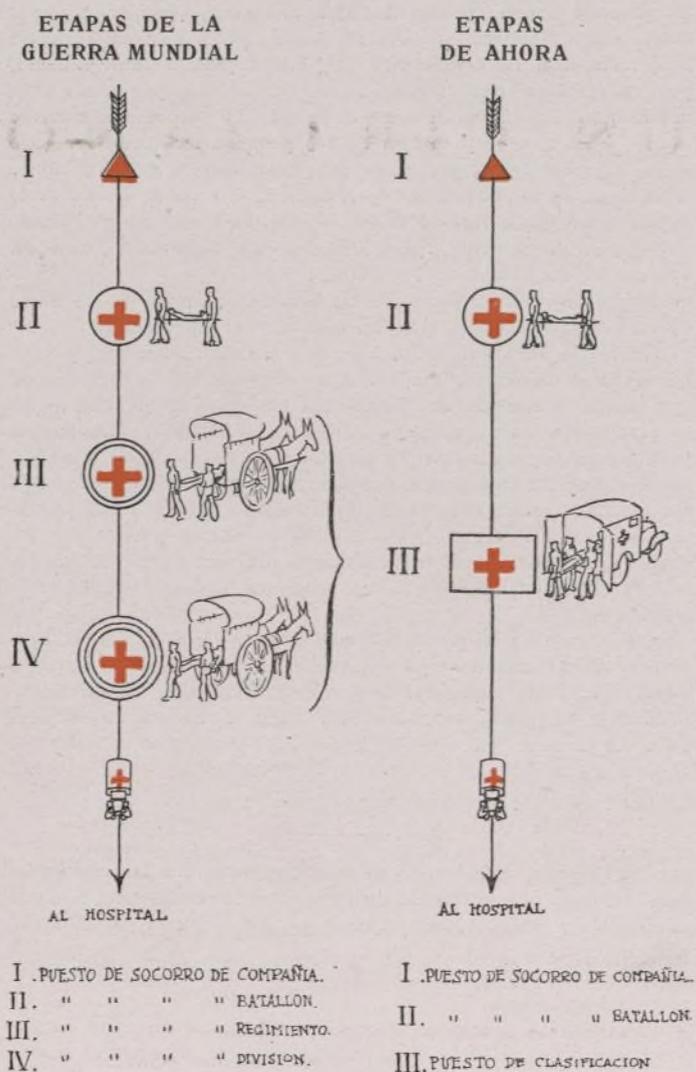
DR. MADINAVEITIA.

Excepciones en el escalonamiento en profundidad de las formaciones sanitarias

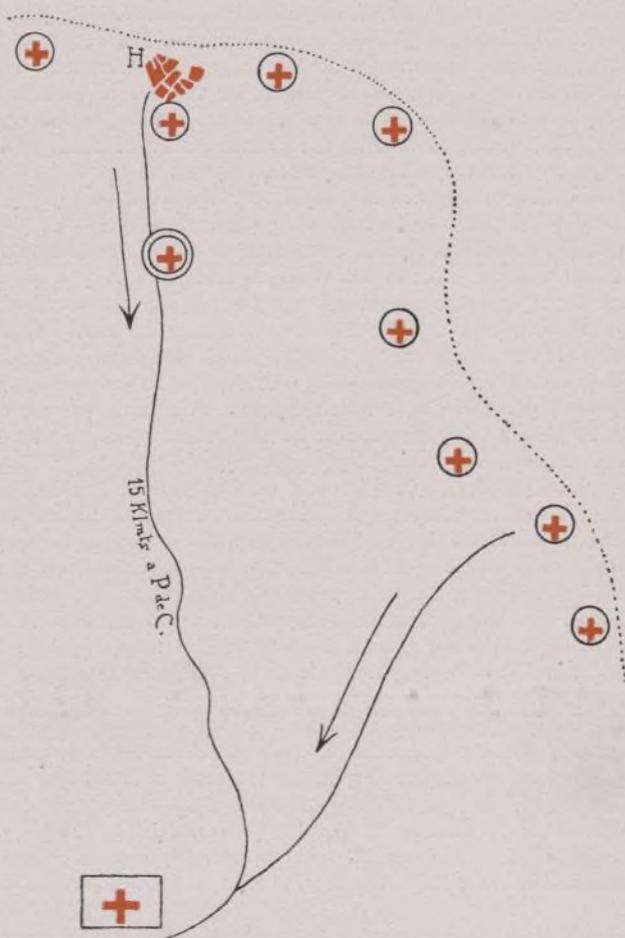
POR RODRIGUEZ PEREZ

Se ha dicho frecuentemente, y con razón sobrada, que en el escalonamiento en profundidad de las formaciones sanitarias ha de ponerse especial cuidado en no producir una verdadera hipertrofia de estas formaciones. Así, en términos generales, se han comparado las formaciones sanitarias de otros Ejércitos con las del nuestro, y resulta, sin merma de la eficacia del trabajo, sino al contrario, con un mayor y mejor rendimiento, un ahorro de un escalón en la mayor parte de los casos, como se expresa en el esquema núm. 1 que ya ha sido publicado en otra ocasión.

Pero téngase en cuenta que este criterio no ha de llevarse a rajatabla de una manera automática. Ocasiones hay en que entre los puestos de Batallones y el de Clasificación se hace necesario intercalar puestos transitorios de funciones distintas según los casos. Precisamente, en las últimas operaciones en Aragón, nos encontramos en una situación en la que la creación



Esquema 1.º



Esquema 2.º

de un Puesto de Brigada, intercalado entre los de los Batallones y el de Clasificación, nos pareció oportuno.

Se trata, como se ve en el esquema núm. 2, de una unidad que defiende el pueblo H. Los Puestos de Socorro de Batallón están en las situaciones que en el esquema se ve, sin caminos que a ellos conduzcan. Las evacuaciones de estos Puestos, por medio de camillas y artolas, convergen hacia la única carretera posible de evacuación en las cercanías del pueblo. Lógicamente, en este lugar (dado que el Puesto de Clasificación estaba a 15 kilómetros), se hizo necesaria la creación de un nido de heridos y de un lugar de rectificación de curas, en suma, de un Puesto sanitario intercalado que aumenta en una las formaciones sanitarias de profundidad, equiparando, por lo tanto, nuestro escalonamiento al existente en la organización sanitaria de otros Ejércitos.

Mas no se olvide que este hecho es excepcional. Y se olvida con harta frecuencia. En las últimas operaciones hemos visto también múltiples puestos de Brigada sin una función concreta, más aún, absolutamente innecesarios, que sólo parecen buscar la justificación de la presencia de unos hombres cuyo lugar real estaba, ciertamente, más próximo a las líneas.

El Puesto de Clasificación

FUNCIONES BUROCRÁTICAS

El conjunto de funciones burocráticas, que tienen su desarrollo y asiento en los P. de C., se dirigen a cumplir una serie de objetivos de gran importancia. Un aparato burocrático, bien dirigido en los P. de C., origina *ventajas inaudables para el herido*: condiciona, según las necesidades, su traslado y tratamiento; informa eficazmente al mando, ya que éste, a la vista de la estadística diaria, puede juzgar, *no sólo de la cuantía de sus bajas, sino también de la eficacia de las distintas armas enemigas*; finalmente, la función burocrática de los P. de C. *tiende a preparar un trabajo de recuperación eficaz*.

1.º—*Misión burocrática de la que se desprenden ventajas para el herido*.—La ficha médica de vanguardia desempeña un papel de utilidad indudable. Aparte de la filiación del herido o enfermo, se hacen constar en ella los diversos tratamientos y especialmente los inyectables empleados hasta la llegada del herido a la primera formación hospitalaria. No creemos necesario insistir en la utilidad manifiesta de este requisito. Piénsese sólo en la perplejidad de un cirujano que ve ante su mesa de operaciones un herido, por ejemplo, con una fractura abierta de pierna, con grandes desgarros, y no sabe si ha sido o no inyectado con los sueros antitetánico y antigangrenoso.

Algunos pensarán que queremos recabar para el P. de C. una función como el *fichaje*, que pertenece al escalón anterior, al Puesto de Batallón. No es que lo queramos nosotros. La experiencia, como médicos de batallón, nos ha convencido, en innumerables ocasiones, de la imposibilidad de llenar, en multitud de casos, la ficha médica de vanguardia; como médicos en los Puestos de Clasificación, hace también mucho tiempo que vemos llegar a nosotros la mayor parte de las bajas en combate sin este requisito.

No es que queramos recabar nosotros el *fichaje* para los P. de C.; es la experiencia la que, sobre los hechos mismos, desplaza esta misión de los P. de Socorro de Batallón. Ciertamente que, en los últimos combates, ha aumentado considerablemente el número de heridos provistos de la ficha, y es de esperar que, en un futuro más o menos próximo, todos los heridos o enfermos lleguen a los P. de C. con su tarjeta de vanguardia.

Mas hoy por hoy, ante los hechos mismos, el *fichaje* es una función no sólo del P. de S. de Batallón, sino también de los P. de C. Para facilitar las restantes funciones de estadística, nosotros hemos puesto en práctica, con resultados excelentes, la *confección de la ficha de vanguardia a todos los heridos o enfermos que llegan al P. de Clasificación, sean o no portadores de la misma*. Claro está que, en caso de haber ficha y si el herido no necesita una rectificación de cura, nos limitamos a copiar los datos consignados en la ficha dispuesta en el Puesto de Batallón. Las fichas originales quedan en el Puesto mismo.

Por otra parte, también de una distribución racional entre las formaciones hospitalarias, se desprenden beneficios para el herido. Y esta distribución requiere, a la vez, su aparato burocrático. El médico que, a la vista de un grupo de heridos, va diciendo el lugar de traslado de cada uno de ellos, con arreglo a la mayor o menor gravedad, o a la necesidad de una intervención urgente, necesita que a cada herido se le imponga un distintivo que indique el lugar de destino, con objeto de que, a la hora de evacuación, no tenga que repetir nuevamente la distribución. En un P. de C. de la zona norte de Teruel, en las últimas operaciones, hemos visto cómo los heridos o enfermos llevaban sobre el pecho papeles con unos distintivos: una cruz roja, dos cruces rojas, una cruz azul, etc. En una pared había un cuadro con la traducción de estos signos: una cruz roja, al Hospital de X, etc. Conociendo los sanitarios del equipo de evacuación estos signos y teniendo a la vez en cuenta que los hospitales X, XX, etc., son hospitales de primera urgencia, tenían los datos necesarios para la evacuación misma. Este sistema permite al médico que clasifica desentenderse por com-

pleto del herido, una vez hecha la rectificación de cura o la indicación vital, y este *fichaje* de distribución.

Siendo ingenioso el procedimiento, no hemos de negar que peca de un defecto: la multiplicación de fichas, ya que, en este caso, a la ficha de vanguardia hay que añadir este otro *fichaje*.

En una operación posterior, en la misma zona de Teruel, hemos introducido, en un P. de C., una modificación: *La misma ficha de vanguardia es la que lleva estos distintivos*. En la práctica se hacía de la forma siguiente: Se tenían tantos bloks de fichas de vanguardia como formaciones hospitalarias. En uno de estos bloks, y en cada una de sus hojas, se escribe, con lápiz rojo, cruzando por completo la ficha, el nombre de un Hospital. Igualmente se hace con los restantes bloks, que corresponderán a los demás hospitales. El sistema ha funcionado perfectamente y ha permitido que los médicos se desentiendan, en general, de la evacuación, ejerciendo exclusivamente una función inspectora.

De esta forma, además, al quedar las matrices de cada uno de los bloks en el puesto mismo, se puede juzgar, en un momento dado, de la intensidad de las evacuaciones a cada formación hospitalaria.

2.º—*Informe al mando*.—Quien haya vivido algún combate, en su aspecto sanitario, se habrá podido convencer de que el P. de C. es la única entidad sanitaria que puede proporcionar *al día* el parte de bajas. Ni las unidades tácticas, separadas unas de otras, con dificultades de comunicación, pueden hacerlo, ni los hospitales, con inconvenientes originados por su multiplicidad, pueden efectuar esta misión. Ciertamente que existe dificultad para los pronósticos en el P. de C.; pero en el informe diario al mando, el problema de los pronósticos queda relegado a un segundo lugar por otras dos funciones llevadas a cabo: El *informe de la cuantía de bajas*, el de la *eficacia de las distintas armas enemigas e incluso el de la relación nominal*, que puede entregarse diariamente, pese a todas las dificultades, con un aparato burocrático bien organizado.

Estos informes se sacan de las matrices mismas de los bloks de tarjetas diagnósticas que han quedado en poder del P. de C.

Con ellas se hacen fácilmente los partes numéricos, y aquí quisiéramos hacer un inciso: Los impresos de partes diarios que envía la Sección de Estadística de Sanidad de Tierra no se amoldan a las necesidades de los P. de C., por estar hechos para las unidades tácticas. La modificación necesaria es sencilla: basta quitar las casillas de Batallones y aumentar hasta 20 ó 30 las casillas de Brigadas. Todo lo demás se ajusta a las posibilidades de los P. de C., y en estos impresos se pueden dar los partes sanitarios a que nos referimos, utilísimos para el mando.

Las *relaciones nominales* no necesitan una explicación más amplia.

3.º—*Funciones burocráticas que preparan el trabajo de recuperación*.—Nos referimos aquí a la recuperación inmediata, de 5 ó 6 días, si se tiene capacidad hospitalaria suficiente. Ya la distribución de heridos y enfermos debe hacerse en este mismo sentido. La misión del aparato burocrático se limita a informar al mando sanitario de la cuantía de recuperables entre el total de bajas diarias.

Finalmente, quisiéramos decir algo respecto a las evacuaciones. Al mando sanitario le interesa fundamentalmente conocer el estado de sus hospitales. Ciertamente éstos dan el parte diario, pero nada le cuesta al P. de C. dar, junto a los partes estadísticos diarios, partes de la cuantía de evacuaciones a cada formación hospitalaria.

Para terminar, aunque esto sólo vaya de pasada, las funciones burocráticas, el Jefe de un P. de C. deberá informar al mando sanitario, diariamente, de los hechos más salientes ocurridos, de las dificultades surgidas y de las necesidades más imperiosas.

Hospitales de Cuerpo de Ejército

POR EL DR. ALZAMORA, JEFE DE EQUIPO QUIRURGICO

El lector de nuestra Revista podrá apreciar, después de la lectura del presente artículo—especialmente en la terminología empleada—, diferencias sensibles con lo expuesto en la serie de artículos titulados "Sobre la organización de Hospitales de Campaña", publicados en estas mismas páginas.

Las experiencias sacadas en las últimas operaciones parecen aconsejar la forma de organización aconsejada en números anteriores.

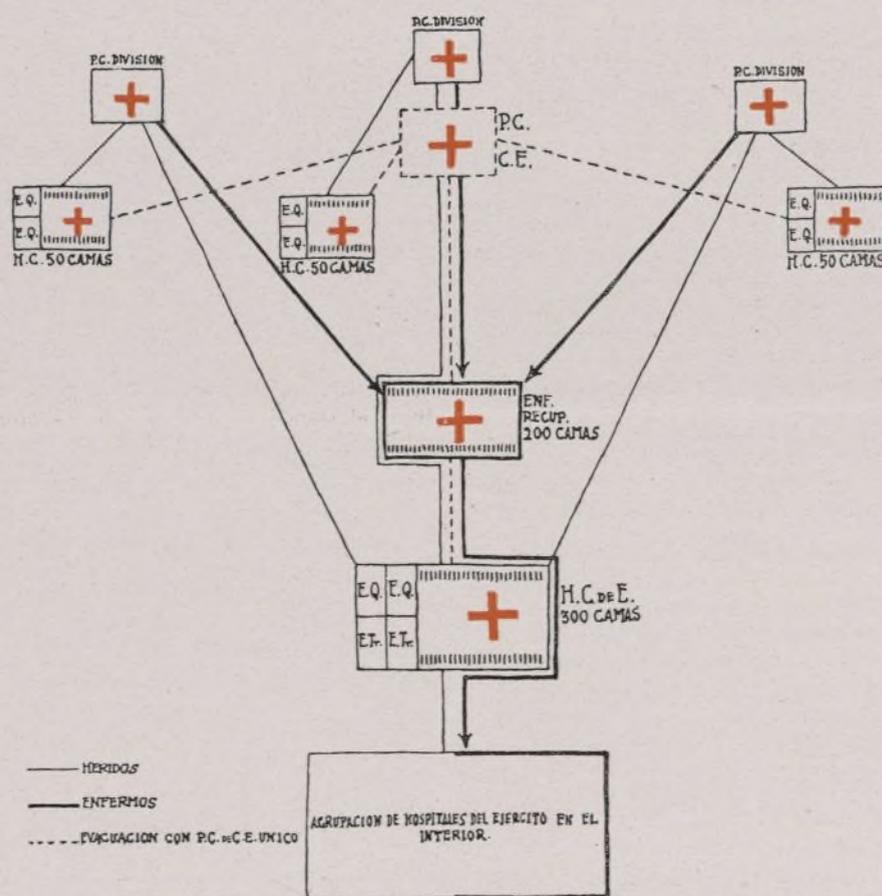
III

Los hospitales de Cuerpo de Ejército son aquellos llamados también de segunda línea. La finalidad que persiguen es inter-

sentaban las infecciones con sus secuelas posteriores. Si, por el contrario, se atendía primero a las extremidades, era posible salvar pocos heridos de abdomen.

Por esto somos fervientes partidarios de una separación inmediata de unos y otros heridos. Los de extremidades han de ser rápidamente evacuados del frente a los hospitales de Cuerpo de Ejército, donde serán asistidos quirúrgicamente.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, cabe pensar en la instalación de un hospital móvil, similar al de Cuerpo de Ejército, destinado exclusivamente a la asistencia quirúrgica de los heridos de extremidades. Sin embargo, esta solución no es práctica ni conveniente. No es práctica, porque se complica la organización quirúrgica del frente, dificultando su movilidad; no es conveniente, por un factor de orden psíquico: las intervenciones de primera urgencia en las heridas de extremidades son, permítanos la frase, pesadas, en un tanto por ciento de los casos. El



ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS QUIRURGICOS Y DE RECUPERACION DE CUERPO DE EJERCITO

venir a todos los heridos, excepto los que el triage clasificó para ser atendidos en el Hospital de Campaña.

Primordialmente, su objeto es atender a los heridos de extremidades, especialmente de manera rápida y con vistas a su pronta recuperación. En informes presentados por nosotros de anteriores operaciones hemos hecho resaltar la necesidad de fijar más la atención en esta clase de heridos, que da un porcentaje de recuperables muy elevado.

Era un verdadero problema de Deontología el que se presentaba a los cirujanos civiles adaptados a la sanidad militar cuando, en los primeros días, teníamos que elegir entre intervenir los heridos de extremidades o los de vientre. El gran número de éstos, unido a los de tórax y cráneo, retrasaba considerablemente el que fueran atendidos los de extremidades, en los que se pre-

ciujano ha de combatir frecuentemente contra la infección—incipiente o declarada—que molesta, la mayoría de las veces, a la vista y al olfato; por otra parte, estas intervenciones son rutinarias en número bastante elevado, aunque siempre creemos que deben ser dirigidas por un cirujano ortopeda. Para salir de esta monotonía es muy conveniente que el cirujano tenga de vez en cuando una intervención sobre médula o sobre cráneo. Resumiendo: estamos convencidos que todos los heridos, menos los de abdomen, deben pasar por un hospital único de Cuerpo de Ejército.

TRANSPORTE

Nos remitimos a lo dicho en el mismo apartado anexo del Hospital de Campaña. El Hospital de C. de E. puede ser mon-

tado y desmontado en ocho horas. No estamos en esto de acuerdo con los Tratados de Sanidad de la guerra mundial que admitían para la instalación de un hospital similar uno y aún más meses. Esto era posible en aquella guerra de posiciones. Actualmente sería abordar el fracaso.

ELECCION DEL SITIO PARA LA INSTALACION DEL HOSPITAL DE C. DE E.

Nuestra experiencia nos aconseja instalarlo a una distancia de 50 a 80 kilómetros del frente. Ya indicamos someramente que un hospital de esta naturaleza, con sus trescientos heridos, sería un estorbo, colocado más próximo a la línea de fuego, para el desenvolvimiento militar. La intervención de los heridos de extremidades, cráneo, columna vertebral, tórax y partes blandas, excepto las extremas urgencias, dan un límite de tiempo tan amplio para la primera intervención quirúrgica, después de inmovilizados y clasificados en el Puesto de Clasificación, que no dudamos de la conveniencia de transportarlos, en evacuación rápida, a los centros especializados, que por su distancia del frente nos proporcionan mejores medios y condiciones para conseguir el reposo de que tan necesitados están los soldados, agotados por la dura vida en campaña.

INSTALACION

El ideal sería contar con tiendas de campaña o dockers como los requeridos para el H. de C. Por la distancia del frente y la amplitud del terreno donde buscar lugares para su instalación, nos es más factible encontrar grupos de casas o masías, con suficiente cabida para trescientas camas. Donde nos es imposible instalarlo es en las poblaciones donde, por su capacidad, pudieran concentrarse fuerzas militares numerosas, por la misma razón que apuntábamos al tratar del H. de C. En el caso de que no se puedan montar las trescientas camas en lugar conveniente, se puede desdoblar el hospital en dos dependencias, separadas la una de la otra los menos kilómetros que sea posible. Muy frecuentemente se aprovecha para hospital de C. de E. de maniobras el edificio de otro centro semejante, instalado apropiadamente, y al que se podrá aumentar el número de camas.

ORGANIZACION INTERNA

Trescientas camas, cuatro Equipos Quirúrgicos, dos equipos de Traumatología acoplados a dos de los E. Q., una sala de triage.

Esta dotación permite hacer funcionar constantemente dos quirófanos, una sala de escayolados y un triage, eminentemente quirúrgico, que tiene como especial misión señalar el orden en que deben ser realizadas las intervenciones quirúrgicas. Las trescientas camas permiten atender perfectamente a las necesidades

del C. de E., y aun a las de las pequeñas unidades acopladas a él. Un servicio de evacuación perfecto proporcionaría siempre el número suficiente de camas.

La tónica de las intervenciones en las extremidades debe darla, a ser posible, un cirujano ortopeda o traumatólogo, siempre que tuviera experiencia personal de la guerra y que podría actuar como director del hospital.

En caso de imbricarse el Hospital de C. de E. de maniobras sobre otro similar, la dirección, a nuestro concepto, debe pasar a los elementos del E. de M., por entender que tienen mayor experiencia en los casos de acumulación de heridos. Resolviéndose así la unidad de mando que no puede ser discutida.

El Hospital de C. de E. es el último eslabón en la cadena hospitalaria que va del frente a la retaguardia. Sin embargo, ya lo hemos insinuado otras veces, consideramos necesario extendernos a la Agrupación de Hospitales del Ejército en el interior para tener una mejor visión de conjunto y poder sacar conclusiones que creemos tan necesarias como útiles.

Conforme a lo que hemos expresado al principio, y para el fin práctico de la recuperación de los soldados del E. de M., es evidente hacer confluir a todos los heridos desde el hospital de C. de E. a uno o más hospitales base del Ejército de Maniobra que correspondan al sector en que se opera y que dependan de la agrupación de hospitales del interior.

La visión de conjunto de la organización de los servicios quirúrgicos y de recuperación queda bien señalada en el esquema que acompaña este trabajo.

En tiempos de acantonamiento, cada división lleva consigo un hospital de Campaña con cincuenta camas y un E. Q. de los turnantes del C. de E. El otro E. Q. del Hospital de Campaña, conjuntamente con los del H. de C. de E., pasarían a los hospitales base del Ejército de Maniobras para seguir el curso de los heridos atendidos por ellos y para procurar al mismo tiempo su recuperación.

Al dar comienzo las operaciones, se distribuyen los E. Q. de la manera señalada en este trabajo: dos para el H. de C. y cuatro para el H. de C. de E.

Para cumplir su cometido es esencial que estos hospitales móviles sean motorizados. Por esto mismo la organización quirúrgica de primera y segunda línea debe ser sencilla y suficiente como indica el esquema: Triages divisionarios o de Cuerpo de Ejército (P. de C. de C. de E.) en circunstancias especiales, hospital de Campaña y hospital de Cuerpo de Ejército.

En caso de que la distancia entre el H. de C. de E. y el H. B. sea excesiva, son de gran utilidad los hospitales de etapa fijos para el descanso y la comodidad de los heridos en el viaje.

Anexo a la organización quirúrgica, entre la primera y segunda línea, hay una enfermería de recuperables rápidos (enfermos), adonde también pueden enviarse los heridos recuperables en plazo muy breve.

Efectos de los proyectiles empleados por el enemigo en las últimas operaciones

POR EL DR. SARASOLA, JEFE DE EQUIPO QUIRURGICO

Durante los últimos días hemos observado unas heridas de arma de fuego que presentan unas lesiones de tal naturaleza e intensidad, que hasta la fecha no habían sido nunca vistas. Como ejemplos elocuentes citaremos unos cuantos casos, recogidos de nuestro fichero en la última campaña.

I.—Soldado: Con una herida anfractuosa, del tamaño aproximado de una moneda de diez céntimos, en el flanco dorsal derecho, sin salida. Hallazgo operatorio, desgarró de la piel, partes blandas subcutáneas; el proyectil atraviesa el dorsal ancho, los oblicuos mayor y menor, el transverso, la fascia lata y el peritoneo. Dentro de la cavidad abdominal escasa hemorragia; des-

garro de la cintilla muscular del colon transversal en una extensión de unos seis centímetros. El cuerpo extraño—la camisa deformada de una bala—lo hallamos alojado en la cavidad libre del intestino grueso. Este cuerpo extraño, que pesará aproximadamente un gramo, se ha conservado como objeto de estudio.

II.—Soldado: Nos encontramos, a lo largo del flanco izquierdo (hemitórax y tronco), un surco labrado por el proyectil, oblicuo de arriba abajo y de atrás adelante, de unos dieciséis centímetros de longitud, y cuyos caracteres anatomopatológicos corresponden más bien a los de una quemadura térmica de tercer grado; los bordes carbonizados y el fondo calcinado.

El propio proyectil segó la piel y tejido celular subcutáneo de la cara anterior del muslo del mismo lado, con características de quemadura térmica de primer grado.

III.—Teniente: Herida con orificio de entrada en la pared costal izquierda, a nivel del 9.º espacio intercostal, en el punto de su intersección con la línea axilar media, observando la eventración del epiplon mayor. Intervención (A. G. E.). Incisión si-



Foto aumentada de bala empleada por el enemigo.

métrica a la que se utiliza clásicamente para la colecistectomía. Hallazgo: Desgarro de la cara anterior del estómago—brecha del tamaño aproximado de una moneda de cinco pesetas—a unos seis centímetros del fondo de la curvatura mayor; otra en la anterior, de un tamaño menor, a dos centímetros de la implantación del meso. Ambas con bordes anfractuosos. El proyectil sigue su trayecto, desgarrando de arriba abajo todo el colon descendente y dejándolo abierto en canal; a la altura del comienzo del sigma (estrecho superior de la pelvis) está segado transversal e íntegramente todo el intestino grueso. Copiosa hemorragia, que calculamos aproximadamente en unos tres litros. Ni qué decir tiene que este herido falleció antes de finalizar la intervención.

IV.—H. a. f., con orificio de entrada en la región dorso-lumbar derecha, sin salida. Sintomatología de abdomen agudo. Intervención, laparotomía paramedial. Hallazgo. Derrame hemorrágico retroperitoneal, que desgarró el peritoneo posterior en su repliegue del mesocolon ascendente. Abierta, disociándola, la celda renal, nos hallamos con una copiosa hemorragia parenquimatosa. Se comprimen con los dedos los vasos del pedículo renal. Reconocido, a cielo abierto, se observa la existencia de una sección anfractuosa y transversal del riñón derecho hasta la cavidad de la pelvis. Nefrectomía por vía abdominal. Sutura de cierre del peritoneo parietal posterior. El proyectil anidaba en el cuerpo de la tercera lumbar con fractura conminuta del mismo. El paciente fallece a las cinco horas de la intervención.

CONSIDERACIONES

Estos y otros casos, análogos en sus terribles lesiones, presentan los siguientes caracteres anatomopatológicos comunes: dehiscencia de los planos constituyentes de las paredes intestinales de tal intensidad, que en la mayoría de las circunstancias no es posible identificarlos aisladamente. También es típica la

naturaleza lesional de la serosa, pues por ser tan irregular y extensa no permite su sutura, sino a gran distancia—de dos a cuatro centímetros—de los bordes de la mucosa, y aun así corriendo el riesgo de desgarrarla.

Son también peculiares las lesiones de los vasos; y así observamos, especialmente en los casos en los cuales la dirección del proyectil es tangencial, que los planos blandos y musculares presentan en sus intersticios aponeuróticos respectivos desgarros vasculares tan extensos, que no sólo condicionan hemorragias en sábana, cuya extensión se distancia a veces hasta veinte y más centímetros del lugar de la sección, sino también, y como secuela, la atonía más o menos total de los músculos; especialmente los anchos y largos del dorso y abdomen.

No hacemos constar la intensidad y naturaleza de las lesiones vasculares; tan sólo, y para dar una idea de su gravedad, testimoniamos que en tres de nuestros heridos fué la causa primordial de su muerte (vena cólica izquierda, arteria pancreático-duodenal, vena íliaca primitiva).

Y si ahora comparamos la naturaleza de las lesiones observadas en esta campaña con las que estudiamos en otra ofensiva de análoga intensidad en el pasado año (frente del Jarama), podemos deducir las siguientes aseveraciones: El tipo lesional de la campaña del 37 se caracterizaba, primordialmente, por la benignidad de las alteraciones patológicas en los orificios de entrada, de dimensiones menores que las del proyectil causal. En análoga escala ocurría con las perforaciones viscerales (intestino, estómago, etc.). Aunque múltiples y complejas, en muchos casos, la labor profesional era más agradecida; los proyectiles, de punta aguda, perforaban y segaban limpiamente, por lo que, en

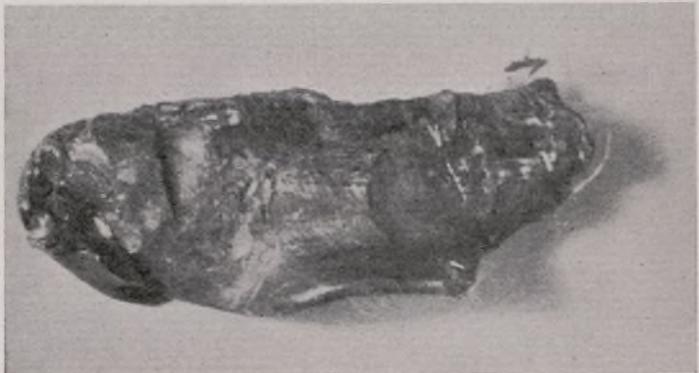


Foto aumentada de otra de estas balas.

consecuencia, permitían un reconocimiento más preciso y, por tanto, un tratamiento más asequible y rápido. Por el contrario, en la última campaña, la naturaleza e intensidad patológica de las lesiones ha sido tan cruenta, que la mortalidad, en una supuesta igualdad de condiciones, ha aumentado considerablemente.

No tenemos por qué ocultar que la estadística que hemos recogido en las últimas semanas, sobrepasa a todas las que hemos registrado hasta la fecha. Ello no se puede achacar a la falta de suficiente personal facultativo ni a otros factores indirectos. Basta tan sólo, y por desgracia es bien elocuente, el observar las características de los proyectiles utilizados en esta campaña, para ver justificadas las aseveraciones que hemos expuesto en la presente nota clínica.

(Marzo de 1938, en un H. de C.)

**La vida de los camaradas] heridos está confiada a nuestros cuidados.
Tenemos la obligación de resguardarla de los posibles ataques enemigos.**

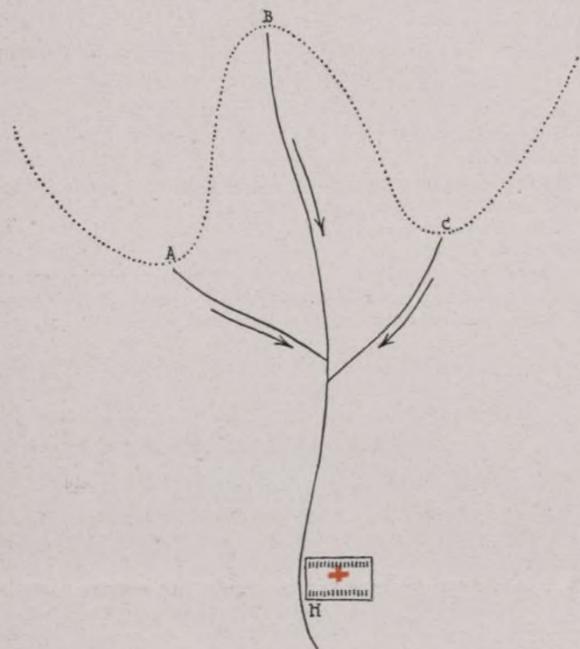
**Puestos de Socorro, Puestos de Clasificación,
Hospitales, Ambulancias...**

¡TODO PERFECTAMENTE CAMUFLADO!

Emplazamiento de hospitales en

POR O. GORYAN

Las últimas operaciones han venido a borrar algunas normas sanitarias o, al menos, nos han hecho ver la elasticidad de las normas. Uno de los terrenos donde esto ha podido apreciarse más claramente ha sido en la cuestión del emplazamiento de los



Esquema núm. 1.

hospitales de frente. Conocíamos las distancias prescritas en este sentido por la Sanidad Militar clásica. Por nuestra parte, también hemos sacado de las experiencias normas propias. Ambas, las clásicas y las propias, estaban casi de acuerdo en lo que se refiere al emplazamiento de los hospitales del frente. Según ellas el hospital de campaña más cercano del frente debía ser emplazado a una distancia de 10 a 15 kilómetros.

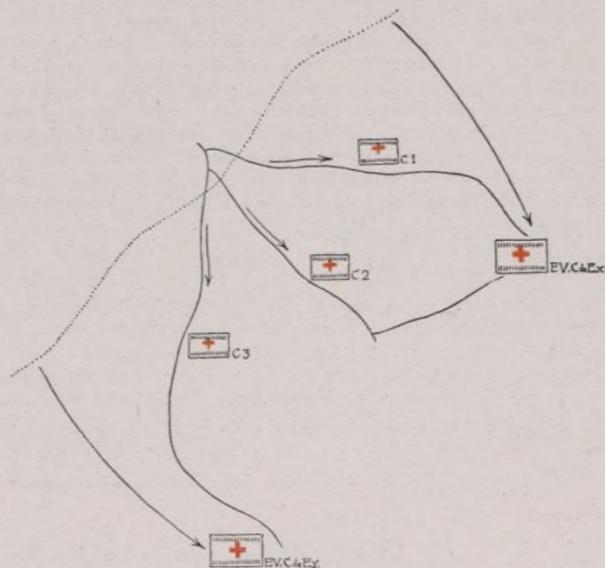
Para nosotros en ningún momento han sido estas normas algo rígido que debía interpretarse dogmáticamente. Por el contrario, ya durante el desarrollo de otras operaciones, emplazamos ciertos hospitales de Campaña a una distancia del frente que llegó a alcanzar los 35 kilómetros. Sin embargo, estos casos constituían una excepción en la distancia general empleada en dichas operaciones; en las actuales la cifra de 35 kilómetros del frente para el emplazamiento de los hospitales de campaña ha sido la regla y en varias ocasiones fué sobrepasada. Las cifras nos las impusieron en cada momento las circunstancias.

Empezamos a actuar cuando ya el frente estaba roto; la presión del enemigo ha ido en aumento diariamente; Nuestra línea era incierta y había que amoldarse a esta circunstancia; por lo tanto, la inseguridad de nuestra línea influía en primer término en la elección de lugar para la colocación de nuestros hospitales de campaña, hasta el punto que nos preguntábamos: ¿Cuál es la máxima distancia que el enemigo puede avanzar en un día sin poner en peligro nuestros hospitales? La distancia elegida

ha sido grande, además, por las siguientes razones: la posibilidad del avance enemigo en distintas direcciones, lo que nos aconsejaba no extendernos a lo largo, por la contingencia de quedar con los flancos descubiertos. Si existían líneas de comunicación correspondientes a varios sectores se instalaba solamente un hospital. Se han presentado situaciones nuevas, como la que refleja el esquema núm. 1, y que se caracteriza por una disposición de las fuerzas propias y enemigas en cuñas mutuas.

Si montábamos un hospital para los tres sectores, la distancia B H hubiese sido considerable. Lo que hacíamos, en general, era colocar el hospital de campaña en la confluencia de las líneas de evacuación de varios sectores, y en la prolongación de la línea, ya única, se montaba el segundo hospital, que si bien por su capacidad y sus funciones correspondía más o menos a un hospital de evacuación, frecuentemente no era otra cosa que otro hospital de campaña. Han sido muy escasas las ocasiones en que no se ha efectuado esta forma de escalonamiento en profundidad de los hospitales, que facilitaba el poder hacer ordenadamente las retiradas: mientras el primer hospital se evacuaba, entraba en funciones el segundo como Hospital de Campaña. Por medio de estos repliegues a saltos hemos logrado que nuestras unidades no careciesen en ningún momento de su correspondiente organización hospitalaria.

No obstante, ha habido algunas excepciones del esquema descrito: lo extenso del frente, con varios focos de combate y varias zonas donde existía el peligro de ruptura, nos aconsejaba, en este caso, montar las formaciones hospitalarias a lo largo. Hemos tenido un caso excepcional (esquema núm. 2), donde una sola división se vió obligada a montar tres hospitales de cam-



Esquema núm. 2.

paña. Naturalmente que para ello tuvo que reforzar sus propios medios con los suministrados por el Ejército. La División se veía obligada a utilizar forzosamente los tres hospitales, aunque desde luego éstos atendían al mismo tiempo a otras unidades.

las últimas operaciones defensivas

La situación era la siguiente: el nudo, del que irradiaban las líneas de comunicación, estaba ya en manos del enemigo; podía haber heridos, y los hubo, en cualquier punto del sector; por lo tanto había que prever formaciones propias en las tres direcciones, añadiéndose a esto que se tuvieron también en cuenta las posibilidades del ataque enemigo en cada una de ellas, aunque con probabilidades distintas. Los acontecimientos han venido a justificar esta forma de organización.

El segundo esquema nos muestra otra circunstancia que nos parece importante subrayar: cómo se borran, en ocasiones, los límites de las unidades en el aspecto sanitario. Los hospitales de campaña de la citada División trasladaban sus heridos a dos hospitales de evacuación pertenecientes a dos Cuerpos de Ejército distintos: la División pertenecía al Cuerpo de Ejército situado en el lado de arriba, no obstante una tercera parte de ella pertenecía prácticamente, y desde el punto de vista táctico sanitario, al Cuerpo de Ejército situado en el lado de abajo, y viceversa; los hospitales de evacuación de los Cuerpos de Ejér-

cito no se limitaban a atender solamente a las unidades dependientes de ellos, sino que se amoldaban a las circunstancias impuestas por el terreno y las condiciones del combate. Esta forma de organización se ha logrado en la mayoría de los casos, aunque no siempre, y con ella hemos disminuído el peligro inherente a las zonas de enlace de dos unidades que constituyen siempre un punto de menor resistencia.

También en este último esquema—muy parecido al esquema de organización de hospitales publicado en el segundo número de LA VOZ DE LA SANIDAD—han sido elegidas distancias grandes desacomodadas, que oscilaban para los hospitales de campaña entre 20 y 50 kilómetros.

Las líneas aquí esbozadas son todavía incompletas; las últimas operaciones nos dieron un caudal de experiencias que esperan ser analizadas y difundidas. Las operaciones siguen y el trabajo diario no da la posibilidad de interpretar inmediatamente todas las nuevas experiencias vividas; sin embargo, merece la pena intentarlo.

La limpieza de los bordes de las heridas

Una gran autoridad en asuntos sanitarios ha redactado las siguientes reglas para el desbridamiento de las heridas y nos las ha facilitado para su publicación, que hacemos gustosísimos.

El desbridamiento de las heridas se subestima por los cirujanos, que lo realizan casi siempre de una manera imperfecta. Sin embargo, esta función tiene una gran importancia por la frecuencia con que ha de ejecutarse y por el papel decisivo que tiene en la recuperación, más pronta o más tardía, de los heridos. Desde este punto de vista, estrictamente militar, el desbridamiento es de más interés que las heridas de vientre.

Se impone acabar con el menosprecio que sienten muchos cirujanos hacia las llamadas heridas leves y lograr que se les preste una mayor atención y cuidado; el buen desenvolvimiento de ambos será grandemente facilitado por las siguientes instrucciones que a continuación publicamos.

1. a No deben sufrir la limpieza de bordes:
 - a) Las heridas con superficie de lesión grande.
 - b) Heridas cuya limpieza de bordes comportaría la necesidad de intervenir también sobre un vaso importante (arteria) o sobre un nervio.
 - c) Heridas cuya preparación para la operación necesitaría destrozar el hueso o que hayan ya sufrido destrozo óseo.
 - d) Heridas cuya profundidad impida hacer la limpieza de bordes completa.
 - e) Heridas dispuestas a través de un hueso largo, y cuya transformación en longitudinales, por medio de limpieza de bordes, no se puede llevar a cabo sin practicar un destrozo grande de tejidos.
2. a No deben sufrir la sutura primaria, cualquiera que sea el plazo transcurrido desde el momento de la herida hasta el de la limpieza de bordes, las heridas atacadas por gases de combate o sospechosas de infección anaerobia; todas las heridas de

esta índole, después de practicar la limpieza de bordes, deben ser curadas con desinfectantes (Rivanol, Cloracid, Nitrato de Amoníaco, etc.).

3. a La limpieza de bordes de las heridas que permite hacer la sutura completa, sólo se hará en las regiones de tejidos capaces de regeneración, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el momento de la herida. En caso contrario, la limpieza de bordes representa un desbridamiento amplio.
4. a La limpieza de bordes de las heridas de las extremidades se debe hacer con el garrote puesto.
5. a La limpieza de bordes se hace exclusivamente con escalpelos agudos, con la ayuda de pinzas quirúrgicas y pinzas «dientes de ratón»; de estos instrumentos es indispensable tener algunos repuestos. Cada plano de tejidos, cada semiperiferia de herida, se limpian con un repuesto nuevo de instrumento.
6. a La limpieza comienza con la incisión cutánea, a un margen de uno o dos centímetros del borde de la herida hasta la fascia superficial; lo demás de la limpieza se hace por planos, paralelamente al borde de la herida, y a una profundidad superior de uno a dos centímetros a la de la herida.
7. a El ramo de la pinza que entra en contacto con el tejido que se quita no debe efectuarlo con los bordes de la herida nueva que se produce. Caso de ensuciarse el instrumento es imprescindible coger otro nuevo.
8. a El tejido que se quita siempre se debe mantener con la pinza, para que no ensucie el campo operatorio ni la herida nueva que se forma.
9. a Antes de proceder a la limpieza de bordes de la herida hay que proceder a su limpieza mecánica sin penetrar en la profundidad.
10. a Antes de la limpieza de bordes se encomienda curar la herida nueva que se forma con una solución de Rivanol al uno por mil o con Cloracid.
11. a Hemostasia completa.
12. a En caso de dificultad para unir los bordes de la herida se encomienda dejarla abierta o bien colocar suturas de aproximación.
13. a Los métodos plásticos (incisión debilitante) y de plastia libre se deben emplear sólo en casos excepcionales.

Servicios de higiene en la retaguardia

POR EL DR. PILGER

(CONCLUSIÓN)

3.—Abastecimiento de agua potable.

El abastecimiento de agua potable a los campos de instrucción es uno de los problemas más importantes y de más responsabilidad, no solamente por la frecuente escasez de agua en la temporada cálida, sino también porque la utilización de agua impropia para beber implica un peligro constante de infección. Ya, al acondicionar el campo, el problema del abastecimiento de agua debe ser colocado en primer lugar. Esta regla ha sido demasiado poco observada. Así, tenemos que hacer constar cómo, en muchos casos, se han limitado al acarreo de agua por coches albiges, sin tomar en consideración otras posibilidades. Pero dado que los tales coches cisterna son a menudo retirados del servicio, en parte por defectos del motor, en parte por su utilización temporal en otros lugares, el resultado es un abastecimiento de agua sobremanera irregular e insuficiente. Esto obliga entonces a recoger el agua de diferentes fuentes no controladas, agua que en muchos casos no puede ser considerada como buena.

Por medio de un examen más detenido, análisis de agua e investigaciones entre los habitantes del lugar, se puede encontrar en muchos casos en la población misma o en sus inmediatos alrededores una fuente de agua buena. El transporte puede efectuarse entonces con cualquier vehículo del pueblo.

No siendo posible por alguna causa encontrar agua potable, debe tener lugar una desinfección de la existente. Esta se efectúa de la manera más sencilla, añadiendo Cloramina en los depósitos de agua—de uralita—de capacidad de 400 a 1.000 litros. Por cada 100 litros de agua se añaden de 0'3 a 0'4 gramos de Cloramina. La extinción de los gérmenes dura aproximadamente 30 minutos. En verano hay que procurar que el agua se conserve en los depósitos lo más fresca posible, tapándolos, porque el calor hace el agua mucho más desagradable para beber que el sabor muy débil del Cloro naciente.

De todas formas, como muchas veces las enfermedades del aparato digestivo provienen de la proporción muy elevada de sales—Ca, Mg, SO_4 —de las aguas de superficie hay que procurarse lo más rápidamente posible el agua potable conveniente. En todo momento hay que especificar bien claramente cuáles son las aguas potables y cuáles no.

Debe castigarse con gran severidad el acto de ensuciar cisternas y fuentes de cualquier clase. Si ha ocurrido ya, debe cerrarse la fuente después de haberle añadido un desinfectante.

4.—Instalación de duchas y lavaderos.

Además de la instalación de lavabos en cada cuartel, se construirá una ducha central para hacer posible un lavado completo del cuerpo. Esta es necesaria, además, para la lucha contra los parásitos, porque se puede hacer un control del cambio completo de ropa en el caso que sea necesaria una desinfección general.

No podemos entrar en los detalles de la construcción de tal instalación, pues ésta ha de acomodarse siempre a los medios disponibles.

Entre la instalación sencilla de un caldero de agua caliente suspendido a cierta altura y las instalaciones de ducha transportables, como las que se emplean, por ejemplo, en la Base de Albacete, existe una serie de etapas intermedias de diversa complicación técnica.

Prácticamente, estas instalaciones pueden ser utilizadas también para suministrar el agua caliente a un lavadero anejo. Con un caldero grande para cocer la ropa se garantiza una desinsección completa. La costumbre de lavar la ropa con agua fría sólo sirve para favorecer la transmisión de los parásitos.

Añadiendo a estas instalaciones de ducha y lavadero una cámara de desinsección como la que se describe más abajo, se

tienen entonces reunidas en un solo punto las tres funciones higiénicas activas más importantes, facilitándose así el aislamiento necesario para algunos fines, por ejemplo, la lucha contra las epidemias.

5.—Desinfección general del campo.

Puede ser lograda por dos caminos distintos: de un lado, por las instalaciones de desinfección que se encuentran en la guarnición trabajando continuamente y desinfectando constantemente una parte del campo después de otra; de otro, por un equipo de desinfección con esterilizador de vapor, que visita la guarnición con ciertos intervalos de tiempo y que puede desinfectar el campo en pocos días.

Para poder desinfectar constantemente, con un trabajo continuo, una guarnición, se necesita, ante todo, la instalación de una cámara de desinfección. La instalación más sencilla en este aspecto es una cámara de azufre. Para ello se elige una habitación pequeña, con techo bajo en lo posible, con cavidad de diez a veinte metros cúbicos. Unas escarpas clavadas en el techo sirven para colgar las mantas y vestidos. Estos últimos se cuelgan realmente sobre perchas sencillas. La quema de azufre se hace en sartenes de hierro, añadiéndole algo de alcohol de quemar. Las cantidades necesarias de azufre y alcohol de quemar, con relación a la capacidad del cuarto, se aprecian en la tabla siguiente:

Capacidad en metros cúbicos	Azufre en gramos	Alcohol en centímetros cúbicos
10	450	25
20	900	50
30	1.350	75
40	1.800	125

Los objetos que se quieren desinfectar no se deben colgar a menos de un metro de distancia del azufre ardiendo, para evitar que se quemen. El tiempo de acción debe ser de diez a doce horas. Las mantas se desinfectan durante el día; los vestidos, durante la noche.

Los colchones y somniers se rocían con una solución de bencina-cresil por medio de un pulverizador. La solución empleada se compone de una parte de cresil y tres partes de bencina.

El suelo se lava con una solución de cresil y agua en proporción de una parte de cresil por 20 partes de agua.

En la realización de la desinfección de un cuartel hay que cuidar de que las medidas descritas se efectúen en el orden cronológico más práctico, estando en el punto central la ducha y el cambio de ropa. Para el exterminio de los piojos del cuerpo se emplea una solución de sublimado y ácido acético.

En caso de poder disponer de un coche de desinfección al vapor, se toman las mismas medidas y se acorta así considerablemente la duración del trabajo, pues las ropas y mantas se pueden desinfectar entonces durante el momento de la ducha. Durante el invierno, mantas y ropas separadamente.

En algunos sitios se ha demostrado como muy práctico el instalar un cuartel en cuarentena para los recién llegados. Así se evita la introducción de nuevos parásitos e infecciones. Para hacer posible un control sería conveniente hacer constar la vacunación en la documentación militar.

Finalmente, una cierta colaboración entre el médico de la guarnición y los médicos civiles es muy deseable en cada campo de instrucción; mostrándose como indispensable en caso de aparición de enfermedades infecciosas.

La labor de los Comisarios de Sanidad

La importancia del trabajo del Comisariado en el seno de nuestro Ejército tiene una importancia enorme cuando lo aplicamos a los Servicios Sanitarios.

No desmiente esta afirmación el hecho de lo que ha sido nuestra labor hasta hoy, porque lo realizado es un pálido reflejo de lo que podemos y debemos hacer.

Siendo algo fundamental en las normas del Comisariado despertar el espíritu de sacrificio entre los combatientes y entre todas las capas antifascistas, constituyendo una de sus obligaciones primordiales avivar el odio al fascismo mediante la educación política de todos los que rodean al Comisario y crear una moral fuerte de resistencia y de victoria en el Ejército, fácil es descubrir el campo de posibilidades que se nos ofrece a los Comisarios de Sanidad cuando hemos de actuar allá donde la guerra lanza su mayor dolor físico y moral, allá donde la pusilanimidad y el derrotismo se ceban con tanto mayor motivo cuanto que a nuestro alrededor se presenta el espectáculo más deprimente de la guerra.

La carne rota que transportan los camilleros de Compañía al Puesto de Socorro más próximo, el medio ambiente que envuelve ese Puesto de Socorro, el de un Puesto de Clasificación, el de un Hospital Quirúrgico u Hospital Base, es algo que justifica, con igual razón que en primera línea de fuego, en la marcha de nuestras tropas hacia los parapetos fascistas la presencia del Comisario.

Allá éste ha sabido realizar un trabajo inteligente y tenaz entre la tropa aprovechando los días de inactividad y la ha dispuesto para los mayores peligros. ¡Jamás un Comisario se fiará por entero de los recursos espontáneos con que puede contar en un momento difícil (uno de ellos el de su ejemplo personal frente al peligro), pues sabe que no en todos los casos encuentra el eco apetecido en el ánimo de los demás! Entre imponerse un sistema de trabajo que le lleve a influir diariamente, a todas horas, sobre la tropa y optar por hacerlo todo cuando se presenta el momento crítico, del que pende el triunfo o la derrota, la vida o la muerte, se decide siempre por lo primero, por el que consigue atemperar el ánimo de todos a los choques más violentos, en los que él interviene, a sabiendas entonces de que su gesto puede ser el gesto de todos sus soldados.

Aquí encontramos, pues, la pauta de nuestra labor. Nos la ofrecen precisamente los Comisarios de primera línea, los que con más razón que ningún otro dentro del Comisariado pueden enarbolar la bandera de todos los heroísmos. Vamos a ser, pues, dignos de ellos, vamos a clavar lo mejor de nuestras preocupaciones en la encrucijada de los frentes donde destaca la figura del Comisario que conquista y hace conquistar glorias que nosotros desde nuestros puestos también tenemos que ganar y merecer.

Tenemos base donde ganarlas, tenemos posibilidades de sobra, y el aprovecharlas no sólo representa el cumplimiento de un deber sagrado, sino el estar dispuestos mañana, en cualquier momento, a dirigir políticamente y en campo abierto una Compañía, un Batallón o una Brigada frente al invasor. Porque—esto aparte—no es aconsejable perder esta perspectiva tampoco.

Los heridos, desde que son recogidos en el llano, en la cresta o en el barranco, hasta que llegan a los Hospitales Base, van dejando tras de sí una estela de zozobra y de pesimismo. Interesa, pues, no sólo que pasen todo lo desapercibido posible a los ojos de la tropa—y esto se consigue muchas veces por el

entusiasmo y la decisión del personal de Sanidad, aparte de la mejor o peor distribución de los Servicios—, sino también que en los Puestos de Socorro y de Clasificación vibre el entusiasmo antifascista, resplandezca la fe en el triunfo de nuestras armas, se respire el afán de rendir tributo de admiración y de cariño a los que llegan abatidos de allá donde se deciden más que de ninguna otra parte los destinos de España.

Y esto tiene que arraigar en lo más íntimo de las convicciones de cada Sanitario, de cada Camillero, de cada Practicante y de cada uno de nuestros Médicos. Tiene que constituir el Norte de todos nuestros actos, tiene que ser la idea indeleble ante la que nos inclinemos todos, desde la enfermera hasta ese héroe callado que es el Camillero de las avanzadas.

A nadie compete robustecer este espíritu más que a nosotros, a los Comisarios, empezando por movernos a impulso de este deber ineludible. Pero del mismo modo que hemos considerado insuficiente en un Comisario de primera línea el que lo fie todo a las medidas que pueda tomar en los momentos críticos, nosotros hemos de considerar aquí insuficiente el ejemplo que podamos ofrecer en un puesto donde gimen los heridos, el que podamos brindar frente a la Artillería, en un momento dado, a la Aviación, en la confianza de que eso basta para que todos se pongan a la altura de su deber. Justifica esto mucho más el hecho de que las características propias de la Organización de los Servicios Sanitarios nos lleva a intervenir directa y diariamente en una esfera muy reducida, contra lo que el Comisario de un Batallón de Infantería puede actuar todos los días de una manera directa cerca de los hombres de su Unidad.

Sin embargo es deber nuestro mantener igualmente ese contacto tan estrecho con el personal de Sanidad, puesto que las necesidades de tipo político son las mismas. Para ello debemos estructurar el trabajo del Comisariado de forma que, con la valiosa ayuda que pueden prestarnos los grupos de activistas, podamos actuar diariamente desde la Sanidad de Compañía hasta los últimos departamentos de los Hospitales Bases.

Creemos estos brazos ejecutores de todas aquellas concepciones buenas que tengamos de lo que debe ser la política del Comisariado en Sanidad. Sin estos brazos ejecutores (constituidos a base de los soldados que más confianza merecen), sin todo este caudal de ánimos dispuestos, nuestra labor será tan mediocre, que pareceremos simples figuras decorativas en las Brigadas, en las Divisiones, en los Cuerpos de Ejército, en los Hospitales, en el mismo Ejército.

¡Y qué vergüenza limitarnos a ser una parodia del Comisariado, cuando en las trincheras hay tantos que han dado su vida, tantos que la ofrecen diariamente y que han puesto tan alto el prestigio del Cuerpo de Comisarios!

Mucho tenemos que hablar y mucho tenemos que hacer sobre el particular. Nos hemos preocupado hasta hoy en ayudar a la Organización de los Servicios, en impulsarlos a través de pequeñas cosas que figuran en el orden de las incidencias, que nunca pueden constituir la médula de nuestra labor como Comisarios.

Ni Cabos furriéles, ni policías, ni burócratas a secas. Vamos a ser lo uno y lo otro en la medida que las necesidades lo aconsejen, pero vamos a ser fundamentalmente Comisarios de la misma talla en Sanidad que la que alcanzan tantos otros en las trincheras. Con tenacidad en el trabajo, con capacidad política y de Organización lo conseguiremos. Porque campo, posibilidades y tiempo nos sobran.

B. CHUECA.

CRONICAS SANITARIAS

«GARE REGULATRICE»

Después de haber organizado aquel grupo de casitas junto a la vía férrea, el Teniente y el Sanitario estaban dispuestos a poner sencillamente el letrero «Hospitales» en una tabla y clavarlo a la entrada de la carretera. Pero no lograron su propósito. Su Comandante ha llegado más tarde, ha desayunado y luego ha procedido al trascendental bautizo. Unos minutos de cavilación han dado por resultado esta fórmula sorprendente: Estación Reguladora.

Sin duda, todos los tratadistas ortodoxos de la Sanidad Militar habrán sentido en aquel instante algo así como un escalofrío fúnebre. Este grupo de establos abandonados, regido por un Teniente y un Sanitario que evacua en una sola dirección y que sólo regula los intervalos de tiempo, se parece muy poco a ese conglomerado solemne de trenes y Tenientes Coronales que viene a ser una correcta estación reguladora. ¿Dónde se encuentran las diversas direcciones necesarias para tal nombre? ¿Dónde el escalonamiento de formaciones sanitarias en el que la estación debe encuadrarse? ¿Qué se ha hecho, en fin, de las buenas formas?

Si preguntásemos todo esto al Sanitario o al Teniente los pondríamos quizá en un grave aprieto. No así al Comandante. Pero el camarada Comandante es un humorista, y sonríe levemente al escuchar en el fondo de su conciencia las voces airadas de los tratadistas ortodoxos, mientras ordena impertérrito al dibujante la ejecución del letrero. Este ha sido hecho, y, después de consumado tan enorme delito de inexactitud, dibujante y Comandante se han marchado.

Días más tarde la «Estación Reguladora» comienza a funcionar con resultado positivo, cosa poco probable si, en vez de un Sanitario y un Teniente, llenos de voluntad y sentido práctico, a más de un Comandante sabio y humorista, hubiésemos contado con todos los tratadistas ortodoxos del mundo.

Lo que seguramente piensa el Comandante: Hay que saber respetar la tradición.

CUESTION DE PRINCIPIOS

El soberbio edificio destinado a sanatorio terminaría de evacuarse muy pronto. Los enfermos continuarían su curación en otro alejado lugar, donde no llegase el estruendo de la guerra que ahora se oye lejano. Recorremos las blancas salas del sanatorio, ¡magnífico!; allí mismo instalaríamos nosotros un hospital de campaña. Un amable médico, que nos acompaña para hacer unas fotos del local, nos pregunta:

—¿Usted pertenece a Sanidad Militar?

—Sí, en efecto.

Seguidamente interroga:

—¿Hay muchos entre ustedes de mi especialidad?

Como hemos olvidado cuál era concretamente su especialidad, contestamos ambiguos:

—¡Pchs...!

Nuestro amable acompañante parece haber encontrado el verdadero sentido de nuestra respuesta y asiente con un movimiento de cabeza:

—Yo—añade—he recibido muchos ofrecimientos para incorporarme a Sanidad Militar, pero no he aceptado ninguno. Prefiero la Sanidad civil... Es una cuestión de principios.

Le otorgamos la más indefinida de nuestras sonrisas sin acertar a comprender sus palabras, y durante largo rato hemos intentado infructuosamente alcanzar el significado de tan peliagudos principios. Poco después, en el transcurso del sorprendente almuerzo que tan gentilmente nos han ofrecido:

—Pueden pedir la comida que gusten. Tenemos de todo lo que pueden apetecer... Esto es un remanso agradable... ¿Otro par de huevos...? ¿Algo más de cordero...? ¿Tomarán café...?

Y ya saboreando el café creímos haber llegado al mismísimo fondo de la cuestión de principios.

EL JAMON DE ALBERGATO

En la obscuridad del cuartito, el Comandante se resuelve sin lograr conciliar el sueño. Nosotros fumamos el último cigarrillo mientras oímos su incesante gruñir y agitarse. Se percibe la respiración regular de la enfermera inglesa que duerme en la habitación contigua.

El camarada Comandante se rebulle furioso. Seguramente está pensando a qué se puede deber que, desde hace dos días, padezca de tan pertinaz insomnio. Oímos cómo cruje su cama. Un silencio lleno de expectación. Repentinamente, tras un leve rumor de sábanas deshechas, nuestro hombre comienza a soltar una cadena de exclamaciones progresivamente crecientes. Sus manos acaban de descubrir un bulto ingrato bajo la almohada: la causa, sin duda, de su sueño perdido. Sus palabras me revelan poco después la naturaleza del hallazgo: es nada menos que el jamón de Albergato.

De nuevo un silencio; esta vez regocijado. Los dos pensamos en Albergato, nuestro fotógrafo, que ha marchado, hace dos días, olvidando su precioso jamón. Seguramente se tira a estas horas de los pelos por la mala pasada que su subconsciente le ha jugado. Es ya proverbial entre nosotros el cariño y delicado interés que Albergato tiene para todos los objetos de su propiedad. Este cariño le llevó a guardar bajo la intangible almohada del Comandante su inestimable tesoro, y después lo olvidó tontamente. Seguramente sólo la pérdida de su estúpida Leica sig-

nificaría para él una catástrofe comparable a la que ahora le ha ocurrido.

Recapitamos súbitamente que, desde hace dos días, nuestras camas las hace la enfermera inglesa. No es posible que el voluminoso detalle del jamón haya pasado inadvertido para ella. Sin embargo, el hecho es que esta callada mujercita, cuya respiración regular y tranquila llega hasta nosotros, ha dejado siempre el jamón bajo la almohada sin decir nada.

—Comandante—decimos riéndonos—, la pobre enfermera debe estar sorprendidísima.

—¿Por qué?

—Porque desde la marcha de Albergato ella hace nuestras camas.

El Comandante lanza un ¡oh! de consternación.

—¿Qué se figurará?—me dice—. Seguramente ella cree ahora que yo utilizo el jamón para soñar o algo parecido. Tú le explicarás mañana...

Le decimos que sí y nos dormimos.

A la mañana siguiente, mientras desayunamos los tres con aquellas asperezas del jamón de Albergato, que más han estorbado el sueño del Comandante, este mismo trata de explicar lo ocurrido. Ella ríe, sin comentarios. Pero para nosotros sigue siendo un misterio cuál es para ella el tipo más sorprendente: si el Comandante, que necesita para dormir un jamón bajo la almohada, o el fotógrafo, que esconde sus jamones bajo las almohadas de los comandantes.

¡COMO EL HUMO...!

El camino que conducía al Hospital de Campaña recién instalado era casi intrasitable: lleno de baches, barro... El joven Comisario pensó que urgía arreglarlo y se dirigió al pueblo cercano. Poco tiempo después nos mostraba satisfecho su obra. El camino se había convertido en una formidable pista, por la que podían transitar cómodamente las ambulancias. Nos contaba cómo logró su propósito: había bajado al pueblo, les había dado una charla a los campesinos. Sus palabras encendidas habían prendido en ellos la llama del entusiasmo. ¡Claro está que quién resistía a las brillantes palabras, claros conceptos y persuasiva oratoria de nuestro joven Comisario de Sanidad!

—Nada, que al día siguiente de darles la charla tenía trabajando en el camino a medio pueblo. Luego les doy la comida y una cajetilla y se van tan contentos.

Estamos seguros que en su mente no existía ni remotamente la sospecha de que la tal cajetilla pudiese actuar de acicate, enturbiando el gran triunfo obtenido con su oratoria.

Y, sin embargo, parece ser que el camino tenía más relación con el tabaco que con la oratoria, porque si bien ésta era firme y segura, el camino resultó sospechosamente inconsistente, deshaciéndose con los primeros chaparrones, en tan poco tiempo como los cigarrillos tardaron en convertirse en humo.

Hemos encontrado la voluntad de ganar en un muchacho herido. Le evacuamos nosotros mismos. En nuestro viaje llegamos al Puesto de Socorro en el momento en que, pasados los trimotores enemigos, la gente se levanta de entre la hierba. Aquel camarada, lleno de vendajes, viene a parar a nuestro lado, en el asiento trasero del coche.

Al sentarse, su gesto cerrado de joven campesino se ha hecho aun más hermético, como una pirámide. Descansa el brazo herido e inclina la cabeza vendada.

Unas pocas frases en todo el trayecto. A través de ellas, el coche, el paisaje y nosotros nos fundimos en un conjunto más nítido y rotundo, lleno de perspectivas de lucha.

Nos pregunta nuestro lugar de nacimiento:

—Guadalajara.

—Ya sabes entonces lo que es la guerra.

El presenta la guerra así, como una lucha en que cada terreno es defendido por sus propios hijos. Se adivina que sabe más, pero que vierte inconscientemente la realidad en esa sencilla fórmula de independencia por que la nota más hondamente verdadera.

—¿Cómo te dieron?

—Al ir a recoger a un camarada caído.

La brisa fuerte pega sobre su torso desnudo y se lleva veloz estas palabras avergonzadas. Su cara se contrae bajo el

DE PASO

vendaje en un gesto de enorme resolución; luego sonríe. Es una vieja sonrisa conocida: la misma sonrisa que nació en Madrid en noviembre de 1936.

Sonreímos también contagiados. En nuestro viaje a través de los montes hemos encontrado la misma sonrisa en los hombres de nuestra Sanidad. Era un optimismo sereno, nacido del duro ambiente de hierro de las horas graves. Médicos, enfermeras, sanitarios, miles de seres movilizados en tarea común, se identifican ahora con este minúsculo contenido trascendente de la trasera de nuestro coche, en que un sanitario y un fusilero herido sonríen juntos.

Por un momento, ruido de aviones en el alto cielo brillante. El nos afirma, con cándida superioridad:

—No hay peligro. Están lejos.

Asentimos. Le preguntamos:

—¿Qué edad tienes?

—Diecinueve años.

Un voluntario de diecinueve años en un batallón de choque. Eso es él. Inteligente y valiente; afincado en la seguridad de una consigna simple: luchar hasta vencer. Pero no ha previsto esta contingencia de su evacuación forzosa, y ahora se con-

suela difícilmente junto a nosotros los Sanitarios. Pensamos un instante en todos los camaradas de diecinueve años que, como éste, pelean o sufren en el Hospital. Han llenado los

frentes con su fe extraordinaria, con su decisión inquebrantable. Vuelven a la lucha en cuanto pueden y sólo saldrán de los parapetos el día de la victoria. Ese día futuro, que es como una llama interna en sus pechos en estos días duros.

Pasamos junto a fuerzas en la polvareda de un recodo. Su cara se anima súbitamente.—Ese es de mi pueblo—nos dice. Y luego:—También ese. Uno de ellos le ha reconocido y se han saludado. ¿Cuál es el pueblo de nuestro camarada? El es seguramente un fuerte aragonés, un baturro que defiende su tierra de la invasión. Sí; seguramente es así. Minutos después, próximos ya a su destino, aun encuentra un paisano, pariente quizá.—¡Ah!, Daniel, que me han herido—le dice. Pero no puede gritar, y el viento disuelve su voz. Lo repetimos nosotros más alto.

Se incorpora, en un anhelo frustrado de hablarle aún. La actitud desvela su costra de guerrero para enseñarnos al niño del campo, ese niño puro y libre de mañana que él lleva ya en sus entrañas.

Nos hemos despedido con emoción en el Hospital de este pequeño hombre de acero, este niño gigante que, muy pronto, volverá a construir España. A. B.

Colaborad en «La Voz de la Sanidad»



Redacción y Administración:

Plaza de la República, 3 — VALENCIA

Consciente del sacrificio y la abnegación que nuestros soldados despliegan en las trincheras, la población civil acude a dar su sangre que podrá salvar la vida de un camarada herido.

Vanguardia y retaguardia forman en estos momentos difíciles un gran muro de granito que se opone al paso de los invasores. La Sanidad debe ser un bloque más en esta muralla de resistencia.

Los sanitarios dicen...

Debemos elevar la moral del herido

Estamos viviendo horas de intenso dramatismo, lo mismo en el frente que en la retaguardia. El enemigo intenta asfixiarnos mediante una poderosa acumulación de material bélico.

En estos momentos realmente históricos, nosotros, los Sanitarios, debemos llevar a cabo una labor que tiene gran importancia.

Muchos de nuestros heridos, por distintas causas, cuando llegan donde nosotros nos encontramos, están bajo una depresión moral intensísima. Hemos tenido ocasión de hablar con los heridos, y en algunos casos nuestras palabras, lejos de animar al herido, le ha producido quizá una sensación de desaliento.

Recientemente, a raíz de la violenta ofensiva enemiga, hemos comprobado este caso.

Esto debemos evitarlo en todo trance, pues supone una evidente falta de tacto por nuestra parte.

Siempre, por difícil que sea el momento, hemos de llevar en el ánimo la suficiente fuerza moral, que no sólo nos permita a nosotros afrontar las situaciones más graves, sino que incluso hemos de procurar que nuestras palabras tengan la fuerza de convicción necesaria para que

la depresión moral que sufre el caído se convierta en un inmediato optimismo.

Nunca hemos de dar la sensación de que nuestra moral está decaída. Todo lo contrario. Pensad que haciéndolo así, no sólo nos sentiremos más fuertes, sino que proporcionamos un alivio enorme a nuestros hermanos caídos, hacia los que hemos de encauzar siempre nuestros más preciados esfuerzos.

U. S.

Capacitémonos

Los momentos porque atravesamos son difíciles. El enemigo, apoyado por las dos naciones fascistas que le ayudan desde el principio de la guerra, ha conseguido invadir más kilómetros de nuestro terreno. ¡Pronto recibirá nuestra respuesta!

Sabemos bien lo que nos esperaba si consiguiese ver realizados sus intentos: Hambre, miseria, opresión.

Por eso estamos dispuestos a rechazarlo, porque queremos ser libres.

La libertad, esa palabra que tanto aman los españoles, llegará un día en que sea nuestra si sabemos defenderla cada uno en nuestro puesto.

Muchos son los meses que llevamos de guerra, y hoy ningún soldado del Ejército Popular debe ignorar cuál es su deber y la necesidad en que está de cumplirlo hasta lo último.



Nosotros, los Sanitarios, debemos capacitarnos más y más, pero, sobre todo, hay cosas imprescindibles que todos deben conocer: La instrucción de camillas, el manejo de un globo de vendas, efectuar una primera cura.

Si el Sanitario no conoce estas cosas fundamentales de su deber para con el herido, los camaradas que están en la trinchera podrían pedirle responsabilidades.

Pero esto no le ocurrirá a ningún Sanitario. Nosotros, aprovechando todos los momentos libres, trabajaremos incansablemente para llenar los vacíos que haya en nuestros conocimientos y poder dar un rendimiento mucho mayor y más eficaz.

A. TOLEDANO

El médico debe preocuparse...

Entre las muchas ocupaciones que corren a cargo del celo del médico, existe una a la que se presta muy poco interés y que tiene cierta importancia para nuestra economía de guerra: se trata de la conservación de la ropa.

En un cincuenta por ciento de los heridos, los médicos se ven en la necesidad de rasgar sus prendas de vestir, porque así lo exigen las características y el sitio de la herida. Sin embargo, en los otros casos, es frecuente ver cómo el médico echa mano de las tijeras y rasga la ropa ya de una manera mecánica, no siendo necesario para la intervención en la herida.

Queremos hoy llamar la atención de los médicos hacia este punto importante, en el que deben instruir también inmediatamente a los practicantes y sanitarios de su Puesto. No se puede tolerar que las ropas de los heridos se rompan de un modo caprichoso, cuando solamente con ello se aporta un perjuicio a nuestra economía de guerra. El médico no debe tolerarlo en sus subordinados y debe él mismo dar el ejemplo.

Cada prenda inutilizada sin objeto es un perjuicio para nosotros mismos, y podemos calificar de saboteador de nuestra industria de guerra al que así obra.

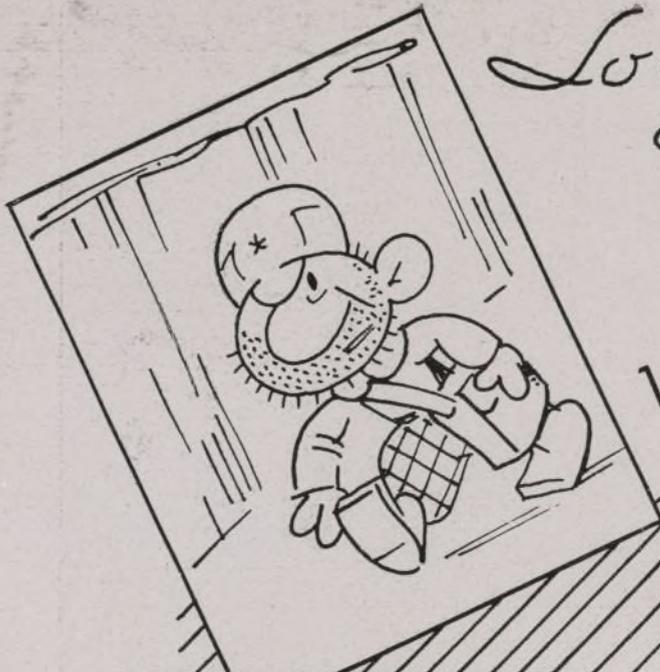
¡Médicos, practicantes, sanitarios, procuremos ahorrar el mayor número de prendas a nuestros heridos!

UN SANITARIO



Entrada a un Puesto de Socorro, en el que el camuflaje se ha logrado de forma perfecta.

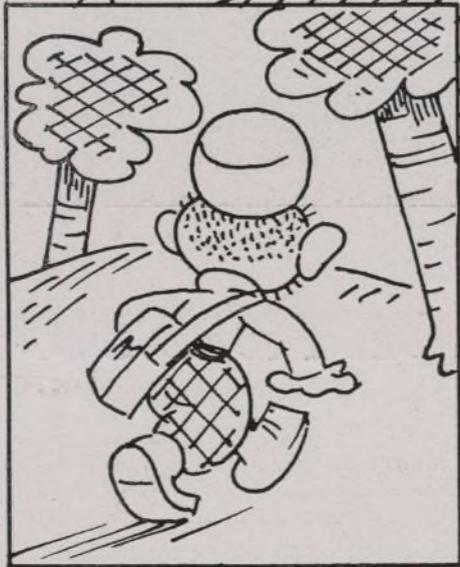
Lo que hace este ceporro con la bolsa de socorro



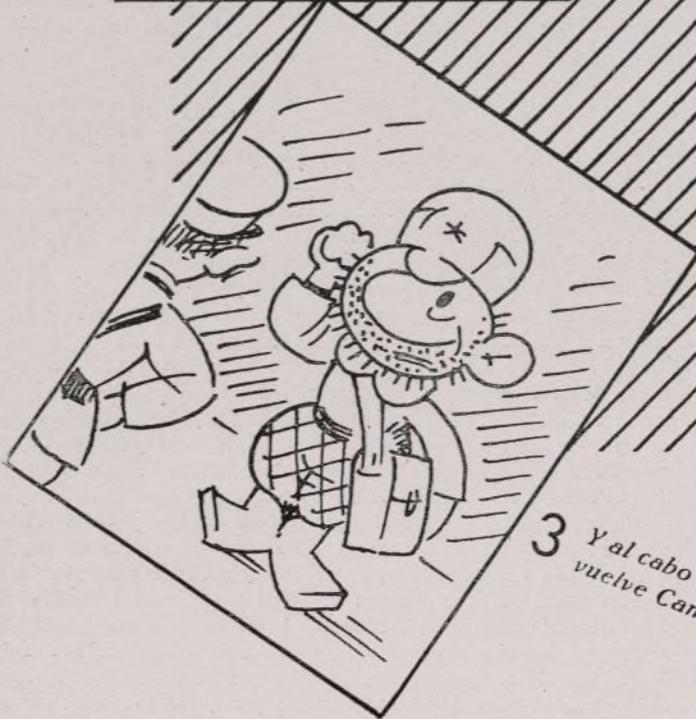
1 Cuando la bolsa le han dado
llevarla le han ordenado.



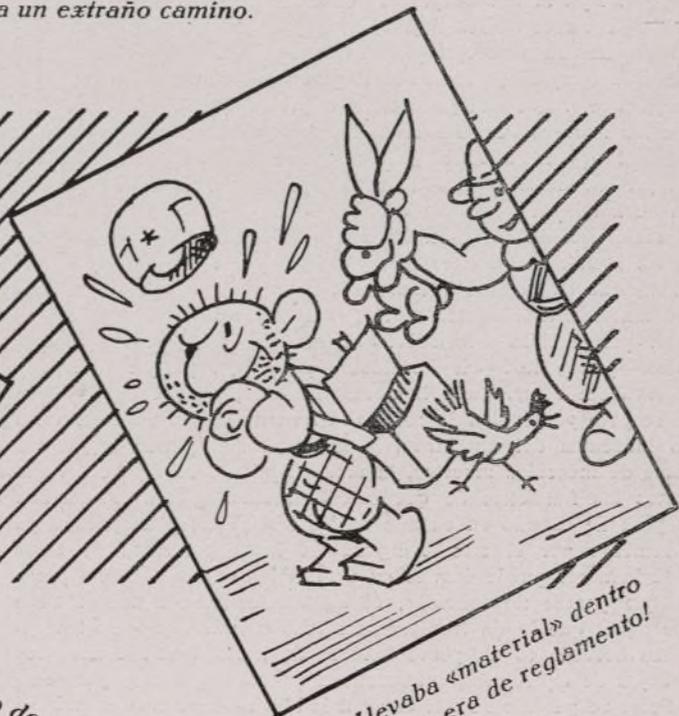
4 Un camarada observaba
que la bolsa se agitaba



2 Para ir a su destino
toma un extraño camino.



3 Y al cabo de cierto tiempo
vuelve Canuto contento.



5 ¡Llevaba «materiales» dentro
que no era de reglamento!



UN CAMARADA DE HACE TRES SIGLOS

HE aquí al Dr. Tulp. Un hombre superior, indudablemente. A través de los siglos su efigie serena llega hasta nosotros como un vivo ejemplo de modernidad. Nuestros médicos, nuestros cirujanos, deben contemplar largamente su muda figura elocuente. Ese diálogo silencioso que se entabla tan a menudo con los retratos de las fuertes cabezas políticas que contemplan desde la pared nuestra guerra y nuestros trabajos, debe ser completado mirando el retrato de este doctor, auténtico conductor de hombres.

Helo aquí en su clase. En sus ojos se lee toda la seguridad de un hombre eminentemente social proyectado hacia el futuro. Se adivina su enorme fuerza interior, la fuerza del que trabaja constantemente sin adocenarse, buscando de continuo en su labor perspectivas ilimitadas.

Es—¿cómo no?—un formidable pedagogo, porque trabaja y observa sin cesar. Siete hombres maduros, siete colegas llenos de respeto y atención le rodean. El va disecando ante su vista los músculos del antebrazo, y mientras sus pinzas cogen los haces de músculos muertos, la mano izquierda subraya con leves gestos las funciones de que estos músculos gozan. Su mirada se posa de cuando en cuando en los discípulos, y después vaga libremente por el aire. Ninguna de las expresiones de estos siete hombres puede desviar su explicación segura. Pero, a pesar de que parece no mirarlos, él los conoce bien a todos. Sabe que aquel que le da frente es un frívolo inútil, y que el viejo de su derecha es un pobre hombre de pocas luces. Conoce los trabajos de aquel otro, interesantes, pero desiguales y poco metódicos. Se percata de que el de más allá no sabe escuchar. Para todos tiene en su explicación frases veladas llamadas a producir una reacción útil.

El Dr. Tulp conoce, sobre todo, sus propios defectos. Pero se afana día y noche en el trabajo, y esto le da la decisión necesaria para irlos corrigiendo. De este modo, sus cuarenta años jóvenes le han llevado a la categoría de maestro de maestros.

Ni Quijote ni Sancho, él ha acertado con el proceder social

que más rendimiento puede dar. Enseña, aprende y vuelve a enseñar; castiga a los malos discípulos reeducándolos en el trabajo. El mismo reeduca todos los días sus hipótesis equivocadas o su labor mediocre a fuerza de razonamientos y de imaginación.

¿No es realmente un camarada nuestro este buen Dr. Tulp? Nadie mejor que nosotros puede recoger hoy su mudo ejemplo. El doctor ha dado su explicación eterna durante tres siglos. A nosotros iba dirigida. Todo el amplio concepto político de nuestro antifascismo se basa en la posibilidad, mejor dicho, en el deber de muchos hombres como éste. Trabajadores infatigables llenos de sentido creador. Pedagogos constantes de uno mismo y de los demás. Conductores de hombres.

Todos debemos ver en este doctor de «la lección de anatomía» un arquetipo. Debemos ser, como él, especialistas llenos de comprensión para las demás cosas del mundo. Debemos hacer surgir en nuestro interior esa moral de trabajo creador que nuestro antifascismo nos exige. Debemos ser educadores de nuestros camaradas y permitir que ellos nos eduquen también.

O lo que es lo mismo, debemos ser modernos. Y este concepto de la modernidad, entreverado de substancia política y de madurez intelectual; este concepto nuestro que se levanta frente a los pseudoconceptos tradicionales; este concepto, nervio de nuestra lucha y de nuestros afanes, lo leemos ahora, al cabo de 300 años, en la faz serena de Tulp, nuestro camarada de ayer.

Parece que está pensando en nuestro tiempo y en nosotros, médicos y sanitarios antifascistas de hoy. Si viviese es seguro que lucharía a nuestro lado, como un magnífico organizador más.

Honremos su memoria con el propósito de emularle. Produzcamos en nosotros y en los demás ese estado de conciencia que haga posibles muchos hombres como este admirable Dr. Tulp del admirable cuadro de Rembrandt, que se presenta a nuestra vista como el verdadero superhombre por quien todos luchamos.

BUERO.