

LA VOZ

de la

SANIDAD

DEL EJERCITO DE LEVANTE

AÑO I

20 DE NOVIEMBRE DE 1938

NÚM. 10

S U M A R I O

Capacitación Sanitaria, *Editorial*.—La Sanidad en Ingenieros, *A. Escribano*.—Organización de hospitales en el sentido de la Medicina Interna, *R. Jordá Alonso*.—Consideración sobre algunos casos de aneurismas, *Dr. E. Díaz Gómez*.—Fracturas de fémur por arma de fuego con orificios de entrada y salida limpios, *F. Portabella*.—Conceptos quirúrgicos que deben modificarse, *Dr. S. Sastre*.—Puesto de Curación y Puesto de Clasificación, *J. R. Puchol*.—7 de Noviembre.—Santiago Ramón y Cajal, *B. Buzón*.—Los Sanitarios dicen...—¡Salud a nuestros Internacionales!

Historieta de López Rubio.—*Dibujos de Buero*.

TRABAJO SISTEMATIZADO EN NUESTRAS UNIDADES



En el Laboratorio del Hospital del 20 Cuerpo.

CAPACITACION SANITARIA

SE impone hoy como tarea fundamental la capacitación en nuestro Ejército. Capacitación técnica de mandos inferiores y superiores, de Oficiales de E. M., de especialistas.

Nuestro Ejército se improvisó y en la lucha se debe capacitar. La experiencia vivida del terreno, la teoría, no son propiedad particular, y se divulgan entre nuestros escalones militares.

Los sanitarios, sin embargo, apenas hemos comenzado este trabajo. Nos hemos acordado de crear escuelas en algún Ejército de soldados y cabos y nada más. Sin embargo, las necesitamos tanto, por lo menos como las demás armas. Al comienzo aprendimos improvisando. Hoy no debe ser así.

La incorporación de nuevas quintas llena nuestros Batallones de técnicos sin la menor idea de su misión, que si no los enseñamos, repetirán los errores que tuvimos los veteranos al comienzo de la guerra. La rápida creación de Unidades nos fuerza a la creación de Jefes de Sanidad, de hombres mal preparados muchas veces.

En el orden técnico ocurre algo semejante. A los dos años de lucha se adocenán; la falta del ambiente científico lleva a los médicos a tratar fundamentalmente a los enfermos como en las antiguas Sociedades de Médico, botica y entierro. Existen Hospitales sin historias, sin gráficas, sin utilizar el Laboratorio.

Hoy, sin embargo, tenemos como balance positivo la enorme experiencia de los combates vividos: unos cuadros de Jefes jóvenes que han hecho la guerra y están en la obligación de extender sus conocimientos a los demás.

Las Escuelas deben ser, por tanto, el eje de una campaña amplia y continuada. Sabemos que la Inspección General se ocupa de la creación de una Academia Central. Pero aislada, sin ligazón con otras escuelas, su rendimiento será pobre.

Creemos que los Ejércitos deben preocuparse de escalar escuelas de todo tipo. Las escuelas de sanitarios deben servir de ejemplo y emulación.

Hay que capacitar a los médicos de Batallones y a los Jefes de Sanidad para las nuevas campañas militares.

Hay que adiestrar también a los médicos en los problemas de higiene militares.

Hay, por último, que elevar el tono médico de nuestros profesionales que están en Hospitales modernizando el bagaje científico que tienen.

Por último, las Escuelas deben servir también para algo más; a través de las mismas debemos realizar la se-

lección de los mejores para los cargos de responsabilidad.

Unas palabras finales. Creemos que no basta con hacer un programa y abrir una Academia o Escuela para explicar temas generales. Su funcionamiento debe ser sobre las memorias de los combates pasados. En ellos tenemos páginas gloriosas de nuestra Sanidad y hechos desgraciados. Unos y otros deben ser el material fundamental para nuestras Academias. Los alumnos deben desplazarse al terreno donde haya combates para comprobar la teoría con la práctica. Sólo así entendemos deben funcionar nuestras Escuelas: viviendo el ritmo que la guerra nos obliga a tener.

La Sanidad en Ingenieros

Por A. ESCRIBANO, Jefe de Sanidad de Ingenieros del E. de Levante

Constituyen esta arma en nuestro Ejército los Batallones de Obras y Fortificación y los de Zapadores. Se diferencian fundamentalmente en su constitución, pues mientras los primeros se nutren de voluntarios y soldados procedentes de reemplazos antiguos, los Zapadores sólo de muchachos jóvenes plenamente encuadrados en edad militar propiamente dicha. Los primeros con servicios auxiliares inclusive.

Vamos a referirnos a los de Obras y Fortificación en su aspecto sanitario, puesto que los Zapadores, como formación ligada al Cuerpo de Ejército, competen más a estas grandes unidades.

Su trabajo puede dividirse en dos etapas: en frente dinámico, activo; y en el ya establecido, estático. En el primero actúan en segunda y tercera línea—pudiendo decirse que es trabajo tipo del ingeniero— encargados unas veces de su construcción y otras de su perfeccionamiento. Cuando se dan las condiciones del segundo, trabajan también en primera línea a semejanza del zapador. Naturalmente, sus necesidades y sus problemas son distintos, según se actúe en unas o en otras condiciones. Cuando en primera línea, los menos, puesto que la sanidad de la Infantería, bien dotada, se los resuelve en el momento. Pero ya menos en vanguardia, los sanitarios de Ingenieros han de resolver por sí solos los conflictos de esta índole que se le planteen. He aquí los principales que pueden plantearse: evacuación de heridos, como consecuencia de bombardeo de aviación o de artillería; tratamiento de heridos leves y enfermos de poca monta no necesitados de cura hospitalaria; labor profiláctica; capacitación de los escalones sanitarios inferiores con vistas a cubrir bajas obligadas.

Y he aquí las dificultades que se encuentran para ello. La evacuación antes citada, salvadas las dificultades de la escasez de camillas y la falta absoluta de artolas en terreno abrupto, apenas si puede realizarse con algún coche ligero cuando lo hay y muchas veces en el camión empleado para el suministro. Hablamos del caso más frecuente cuando no hay formación sanitaria de ninguna clase próxima. Como no todas las unidades están bien dotadas

de personal facultativo en el número preciso—pareciéndonos el mínimo indispensable y necesario el de las nuevas plantillas, que asignan un médico por batallón y practicante por compañía—los primeros cuidados del herido, a parte los del soldado sanitario capacitado, no siempre se realizan en debida forma. Lo mismo para la selección previa de enfermos en la compañía que ha de reconocer el médico. El tratamiento de éstos, casi siempre en gran número, aunque leves, requiere la creación casi siempre obligada de un destacamento o pequeña enfermería, y la necesidad de estar bien surtidos, dentro de las posibilidades, de fármacos y material de cura, no siempre logrado.

Las otras dos tareas de competencia exclusiva del médico, secundado, eso sí, por los practicantes y por el odontólogo, en cuanto respecta a enfermos de boca, de Grupo o de Comandancia Principal cuando se logra, sólo efectivamente constituyen problema cuando no existe penetración con el mando y comprensión por parte de éste de su necesidad. Nos consta en algunas unidades se hace sin inconvenientes de ninguna clase.

Veamos ahora como resumen las mejoras sanitarias posibles en estos Batallones: 1.º Tener el mínimo a que antes nos referíamos de practicantes y el médico indispensable en atención a su necesidad y a la gran tarea a realizar. 2.º Dotarles, si ello es posible, de material sanitario, incluidos los medios de transporte elementales, camillas y artolas; y 3.º Al menos cuando han de actuar conjuntamente y en número considerable, ambulancias en pequeño número que podrían distribuirse desde esta Jefatura, para salvar el obstáculo que significa el traslado de las bajas hasta las formaciones hospitalarias próximas. De intento hemos dejado el consignar el trabajo a realizar por nosotros. Entendemos debe ser una función inspectora de nexo entre unas unidades y otras y con las grandes unidades competentes de nuestro Ejército. Las dificultades son grandes y no tenemos muchos medios. Pero voluntad y tesón, mínima contribución a la defensa de nuestra Causa, no nos faltan.

ORGANIZACION DE HOSPITALES en el sentido de la Medicina Interna

Por el Teniente médico R. JORDA ALONSO

La Sanidad de guerra, con su primordial preocupación de tipo quirúrgico, ha dejado siempre en segundo plano los problemas sanitarios de carácter médico; mas no por ello, que aceptamos como justificadísimo, tienen menos importancia los temas que a «enfermos» se refieren y que, desde aquí, nos complacemos en resaltar, coincidiendo con el criterio expuesto por la VOZ DE LA SANIDAD, que, en amable forma, estimula a los internistas a colaborar con su criterio, rellenando esta laguna que todos notamos desde el comienzo de la guerra y que a todos, absolutamente a todos, en la medida de la responsabilidad de cada cual, es imputable.

El inminente riesgo que se corre en toda guerra al acecharnos problemas de carácter epidémico, muy graves siempre por leves que parezcan en sus comienzos, justifica la aparente osadía de que los «infectólogos», aun los dedicados exclusivamente a la clínica, exponamos nuestro criterio sobre la organización de hospitales, criterio siempre parcial, claro está, y maticemos desde nuestro punto de vista la marcha interna de los mismos. Pero la conveniencia de estar preparados por completo ante la contingencia de determinados tipos de epidemias, la posibilidad de evitar, tomando precauciones, otras, y las enormes ventajas de yugular algunas con un buen sistema de trabajo que nos despiste de modo precoz los primeros casos, son razones que no precisan más palabras y que por sí deben ser la base de nuestro trabajo.

Hospitales de Cuerpo de Ejército.—Coincidiendo con el sentido quirúrgico que se ha dado a esta organización hospitalaria, no puede consentirse en modo alguno que se conviertan en almacenes de enfermos. El peligro de que permanezcan en ellos más tiempo del debido los primeros posibles casos de una epidemia en ciernes con sus fatales consecuencias, indican la necesidad de que su organización contenga características especiales, máxime si como es lógico hay en ellas a la par los dos tipos de enfermos, los quirúrgicos y los de medicina interna. La necesidad de separar los «enfermos» en la misma forma que los heridos en «recuperables» y «no recuperables», entendiéndose por esto último tanto los recuperables a larga fecha como los acreedores a propuesta de inutilidad, nos hace pensar, en primer lugar, en un buen triage.

Triage de los enfermos.—¿Cómo debe hacerse este triage? ¿Por simple impresión? Rotundamente contestamos que no. La mayoría de las enfermedades incluídas en el capítulo de Infecciosas tienen un comienzo como de proceso agudo banal clínicamente consideradas. La aparición tardía del cuadro completo, si esperamos a él para tomar medidas, nos saca del error tal vez cuando las consecuencias son ya irreparables. Necesitamos algo, pues, en apoyo nuestro para que, aceptada la importancia del triage, sea éste todo lo eficaz que precisamos. Y esta ayuda valiosa y que bien manejada no da más que facilidades de trabajo y ventajas es el laboratorio.

Laboratorio, que con un simple recuento leucocitario, una gota gruesa, y una fórmula hemática simplemente, nos va a separar los enfermos agudos, febriles, con cuadro clínico leve aún por lo precoz, en tres grupos fundamentales:

- a) Enfermedades con leucopenia (fiebre tifoidea y grupo tífico, paratífus A y B, Malta, granulias, etc.).
- b) Paludismo, y
- c) Enfermedades con leucocitosis, dato que, unido al cuadro inicial, nos da un diagnóstico de probabilidad entre procesos banales leves de corta duración (amigdalitis, enfriamiento agudo, bronquitis, enterocolitis, enfermedades

venéreas y de la piel, etc.) y procesos de más larga duración (apendicitis, neumonías, bronconeumonías, reumatismos, endocarditis, tuberculosis, sepsis, abscesos, etcétera).

Como consecuencia de un manejo hábil de este modesto laboratorio, obtenemos las siguientes ventajas:

Primera. Recuperación fácil de cuantas bajas sean debidas a procesos banales o de corta duración.

Segunda. Agrupación de procesos leucopénicos, probablemente tíficos en su mayoría, evacuados a un Hospital ya de antemano acondicionado a ellos y, por tanto, en situación de aislamiento, tratamiento y recuperación *ad hoc*, con el consiguiente beneficio de someter a los enfermos rápidamente lo más precozmente posible, a un plan racional adecuado sobre cuyas ventajas hablaremos en comunicaciones ulteriores con datos concretos, puesto que además es absolutamente inocuo su traslado en los primeros días de enfermedad.

Tercera. Yugular la propagación de paludismo a zonas de anofelismo sin paludismo hasta la fecha, puesto que pueden y deben tratarse estos enfermos en estos hospitales y recuperarse a la par que continúan el tratamiento crónico de su enfermedad; y

Cuarta. Al quedar exclusivamente en estos Hospitales de primer escalón los enfermos de proceso leve, tendremos siempre el mayor número posible de camas disponibles; única manera de resolver sin agobios posibles contingencias imprevistas.

Por último, en todo Hospital debe haber una

Estación de despiojamiento que, aunque modesta, sirva para el despiojamiento sistemático de cuantos enfermos pasan por él: una cámara de desinfección sencilla, un servicio de peluquería y ducha o baño, y una desinfección de la ropa lavable antes de ser manipulada (aunque sólo sea el simple pase por agua hirviendo) nos facilitarán enormemente el camino a seguir, si no la evita, ante una posible epidemia de tifus exantemático, cuya gravedad a todos se nos alcanza.

En resumen: El Hospital de Cuerpo de Ejército debe funcionar para enfermos recuperables a plazo breve y a base de un *triage eficaz*, un *laboratorio sencillo* y una *estación de despiojamiento y desinfección*.

Cuando por circunstancias especiales un Hospital de Cuerpo de Ejército deba funcionar como «base», en el sentido de tener que estacionar en él la enfermería, como puede ocurrir, si reúne condiciones de capacidad, y por encontrarse a distancia considerable del interior, ante una contingencia de fiebre tifoidea, por ejemplo, a cuyos enfermos deben ahorrarse los traslados, sobre todo los de gran distancia, y pasados los ocho primeros días, deberá preceder a éste una unidad hospitalaria que funcione a base de lo antedicho con objeto de que a él lleguen los enfermos seleccionados con algún dato de laboratorio ya a más de la historia completa del enfermo y la observación meticulosa de los días que lleva en cama y con sus ropas desinsectadas por completo.

Las condiciones de instalación y funcionamiento del Hospital de Cuerpo de Ejército en este caso deben ser ejemplares, debiendo establecerse en él un laboratorio más completo, a más de un sistema de tratamiento adecuado, acerca del cual haremos nuestros comentarios en días sucesivos.

La trascendencia de contar con personal facultativo capacitado, tanto en el aspecto profesional como en cuanto a táctica de trabajo, y de una perfecta Dirección de los servicios, así como en lo referente a ficheros, historias, archivo, etc., está en el ánimo de todos y se comenta sola.

Consideraciones sobre algunos CASOS DE ANEURISMAS

Por E. DIAZ GOMEZ, Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Base de Murcia.

(CONCLUSIÓN)

22. Antonio Ortuño Montesinos.—H. a. f. con o. e. en el hombro izquierdo y o. s. en la región cervical derecha. Tumoración pulsátil en el hueso supra clavicular izquierdo con fuerte soplo; pulso casi imperceptible en la radial. Síntomas de compresión del plexo braquial del mismo lado. En los ocho o diez días que preceden a la operación, la tumoración aumenta de volumen considerablemente, adquiriendo el tamaño de una mandarina. Operación el 2 de septiembre de 1938: incisión a lo largo del esternocleidomastoideo izquierdo, prolongada en su parte inferior por otra paralela a la clavícula. Sección de la porción inferior del esternocleidomastoideo. Se encuentra un saco muy voluminoso, bilobulado, que llega hasta la traquea y del cual emerge la carótida primitiva. No encontramos la yugular interna, perdida en el tejido de cicatriz que invade toda la región. La carótida tiene un latido muy débil, y aunque no podemos identificar de un modo preciso si el aneurisma es de la carótida o de la subclavia, nos inclinamos a la primera hipótesis por el hecho de que, al comprimir el saco, la carótida deja de latir. Simpatiectomía de la carótida primitiva y resección de un trozo de la misma entre dos ligaduras de seda gruesa, previa liberación del pneumogástrico. Cierre sin drenaje. En el curso post-operatorio observamos disfagia, que desaparece a los seis o siete días; pulso de ochenta a noventa. La tensión arterial se eleva: antes de la operación tenía en el brazo derecho 111-6'5; al día siguiente 14'5-7'5; la cifra de oscilaciones no varía de cuatro (datos tomados con el Recklinghausen). A los cinco días las cifras eran de 12'5-6'5, en las cuales se mantiene en la actualidad. En cambio, en el brazo izquierdo las cifras tensionales no han variado casi nada; siendo antes operar de 10-7'5, y variando después de la operación sólo en un medio en la Mx. Oscilaciones, 2. Síntomas neurológicos, ninguno. En el momento de escribir estas líneas continúa muy bien. La herida ha cicatrizado normalmente y el saco ha disminuído, tanto en tamaño como en amplitud de los latidos.

23. Rafael Terol.—Aneurisma de la femoral izquierda en triángulo de Scarpa. Gangliectomía lumbar previa, el día 19 de agosto de 1938. Operación el 13 de septiembre de 1938. Disección de la región; aneurisma de la femoral en su comienzo, de aspecto globuloso y del tamaño de una pequeña ciruela. Estirpación del aneurisma con la porción correspondiente de la arteria. Liberación del nervio crural que estaba adherido al saco. Ligadura de las venas femorales. Curso post-operatorio muy bueno; cicatrización de la herida por primera intención y desaparición de los síntomas de irritación del ciático que presentaba antes de la operación. El herido está aún en nuestra clínica y próximo a ser dado de alta.

Este es el resumen de los casos de aneurisma que hasta ahora llevamos operados en nuestro servicio de Murcia. Su número no es muy grande, es cierto, pero nos creemos en situación de hacer algunas consideraciones sobre los mismos.

No podemos negar que estamos satisfechos de los resultados obtenidos, tanto en lo que se refiere a la mortalidad (un solo caso) como al hecho de que, como apreciarán nuestros lectores, no hemos tenido un solo caso de gangrena, ni necesidad de amputar después de ninguna de nuestras operaciones por aneurisma. Esto confirma nuestra antigua creencia del hecho de que, conforme la ligadura simple de las arterias es susceptible de acarrear complicaciones por falta de riego, la resección de un trozo de arteria entre dos ligaduras es muy

difícil que ocasione tales accidentes. Y, de hecho, nosotros todavía no hemos observado un solo caso, teniendo a este respecto, no sólo la experiencia de los casos de aneurisma, sino también la de los numerosos casos de hemorragias que hemos tratado en los frentes y en los cuales no hemos tenido que lamentar ningún caso de gangrena. Claro es que nos referimos a la acción exclusiva de la resección arterial, con exclusión de todos los otros factores que pueden intervenir en estos casos produciendo complicaciones de tipo gangrenoso o infectivo, como son: grandes destrucciones de tejido muscular, fracturas abiertas y conminutas, infección por microbios anaerobios, etc., etc.

En cuanto a la técnica operatoria, como se ve en nuestra estadística, empleamos en la mayoría de los casos la simple resección del saco con los segmentos de arteria correspondientes, acompañada muchas veces de la ligadura de los troncos venosos adyacentes. Esta es la técnica que hemos seguido casi siempre, salvo en los casos de fistula arterio-venosa en que hemos podido hacer operaciones conservadoras o en aquellos otros en que hemos tenido que emplear técnicas diferentes obligados por la naturaleza del caso (resección simple de la arteria por encima o debajo del aneurisma, ligadura parcial del saco, etc.). No hemos tenido en ningún caso necesidad de emplear la endoaneurismorraffia de *Matas*, que por otra parte no creemos posible haber llevado a cabo en la mayoría de nuestros casos. Además, los buenos resultados obtenidos con nuestra técnica nos hacen seguir fieles a la misma. Creemos que la operación de *Matas* debe reservarse para aquellos casos de aneurismas de gran tamaño en los miembros y que, por esta razón, las muchas adherencias del saco a los tejidos inmediatos hagan difícil y peligrosa la técnica de la resección del saco. No usamos nunca hasta ahora la hemostasia previa con la venda y compresor de *Esmarch*, e idéntico criterio tenemos con respecto a las amputaciones. Nos fundamos para ello en que, siguiendo la técnica de la hemostasia previa con la venda hay muchos vasos que en el momento de la operación no sangran (seguramente por efecto de la compresión sobre el simpático periarterial), pero que lo hacen, y con más intensidad, después de terminada la operación, produciendo hematomas, hemorragias, etc., que complican el curso post-operatorio. Queremos señalar una técnica que hasta ahora nos ha dado muy buenos resultados, y es hacer una gangliectomía previa antes de la operación del aneurisma, pero dejando pasar, por lo menos, quince o veinte días entre una operación y otra, pues si se hace antes corremos el riesgo de que las hemorragias sean mucho mayores por efecto de la vasodilatación que sigue a las gangliectomías en los días posteriores a su ejecución. Esta técnica, que no es original nuestra, pues recordamos haberla leído en una referata del *Journal de Chirurgie*, de hace dos o tres años, y en la cual se analiza un trabajo de un quirófano italiano, tiene por objeto aumentar la circulación colateral, y con ello, disminuir los riesgos que la ligadura o resección de la arteria pueda producir. Pero al emplearla, nosotros hemos observado un hecho curioso, y es que casi siempre el tamaño del saco se reduce en los primeros días que siguen a la intervención y algunas veces disminuye también el soplo o trill que en el saco se observaba. También tiene esta técnica la ventaja de que ejerce una acción favorable sobre los elementos inflamatorios que puedan existir en las paredes del saco, haciendo más fácil la operación y,

en algunos casos aliviando las molestias que el enfermo sufre, cuando padece causalgias, por ejemplo, hasta el momento de la operación definitiva.

Nos adelantamos a la objeción que pudieran hacernos nuestros lectores de por qué lo hacemos sólo en casos de aneurismas localizados en miembros inferiores y no en todos de una manera sistemática. La respuesta se funda en varias razones, de las cuales la principal es que la gangliectomía lumbar es una operación mucho más breve, fácil y desprovista de riesgos que la estelectomía. Además, en los casos de aneurisma de miembros inferiores la distancia entre el sitio de la lesión y el ganglio lumbar es la suficiente para estar seguros de que su región estará libre de adherencias y de tejido inflamatorio, cosa que puede no pasar cuando el aneurisma está próximo al ganglio estrellado único; finalmente, cuando un aneurisma de la subclavia, o de la axilar, se acompaña de causalgia, es de suponer (y la práctica nos da la razón) que la multiplicidad de elementos del plexo y las adherencias de saco que éstos tienen pueden hacer poco útil la ejecución de una estelectomía. Por lo tanto, nuestra táctica en lo referente a la ejecución de gangliectomías en casos de aneurisma es la siguiente: en los casos de aneurismas del miembro superior la gangliectomía se ejecutará después de la operación vascular, si es necesaria; en los aneurismas de miembro inferior podremos ejecutar la gangliectomía como un tiempo previo, aparte de algunos casos nuestros en los cuales la llevamos a cabo después de la operación vascular para corregir algunos trastornos circulatorios, dolorosos o tróficos (sobre todo en casos de aneurismas rotos).

En cuanto a los resultados, y en lo que se refiere a los fenómenos vasculares, han sido buenos, como puede verse por nuestra estadística. En ningún caso hemos podido apreciar alteraciones que nos hicieran pensar en ningún defecto de circulación; como edemas, frialdad, cianosis, etcétera. Insistimos en la relación que esto pueda tener con la técnica de resección arterial que seguimos, y a este respecto tenemos que hacer una observación respecto a un detalle de técnica, al cual se ha concedido gran importancia hasta ahora y que es el de la ligadura de los troncos venosos. Es de todos conocido su fundamento, basado en los trabajos y en la experiencia de *V. Opel*, que consiste en que, cuando se liga una arteria principal de un miembro, la ligadura de la vena satélite aumenta la irrigación del miembro al evitar que la sangre que llega a éste por la circulación de suplencia sea aspirada hacia el centro por la circulación venosa. El hecho es, desde luego, cierto (y más adelante hablaremos de su importancia en ciertas operaciones sobre la carótida primitiva), pero realmente en nuestra experiencia no creemos que esta técnica tenga la trascendencia que se le atribuía. Nosotros la hemos practicado unas veces sí y otras no (cuando lo hemos hecho, casi siempre ha sido por lesiones venosas, concomitantes) y, realmente, no hemos notado una diferencia notable entre unos casos y otros. Lo único que hemos observado ha sido que en los casos en que ligábamos las venas, el miembro tenía una coloración ligeramente azulada durante las primeras horas que seguían a la operación; desapareciendo después. En lo que a este asunto respecta, creemos que en éste, como en otros aspectos de la cirugía vascular, varían por completo las condiciones de los casos, según que se haga ligadura simple o que se practique una resección de la arteria entre dos ligaduras. No hay que olvidar la acción de la ligadura sobre el simpático periarterial (tan brillantemente demostrada, sobre todo por *Léris*) y el efecto vaso-dilatador de la resección de un trozo de arteria; por esto creemos que hay capítulos de la cirugía vascular necesitados de una revisión para adaptarlos a los resultados de las nuevas técnicas.

Otro aspecto de los resultados de la cirugía de los aneurismas, es el que se refiere a las lesiones nerviosas, que les acompañan con tan gran frecuencia. A ellas hay que atribuir muchos de los síntomas que estos enfermos presentan y que, a veces, son tan difíciles de resolver. Es frecuentísimo que los aneurismas lleven adhe-

ridos al saco elementos nerviosos próximos, siendo casi la regla cuando las ectasias vasculares radican en determinados segmentos arteriales (lesiones de plexo braquial, en aneurismas de subclavia o de axilar; del clural o safeno, en los de femoral en triángulo de Scarpa, y del ciático, en los situados en hueso poplíteo, etc.). Además, hay que añadir a éstas las lesiones que el agente vulnérante produce en ocasiones al herir simultáneamente los vasos y los nervios inmediatos. Los resultados del tratamiento de estas lesiones nerviosas podemos enfocarlos de la misma manera que el resto de las heridas de plexos o de nervios periféricos: son una cuestión de gravedad de la lesión anatómica y del tiempo transcurrido entre la producción de la lesión y el momento de ejecutar su tratamiento. Bajo el primer aspecto variará el resultado según la importancia de la lesión; curará mucho antes y mejor la simple adherencia al saco de un nervio, sin lesión profunda del mismo, que cuando existan lesiones que nos obliguen a practicar la resección de un segmento nervioso profundamente alterado o a tratar de esta forma más de un tronco nervioso. Y será todavía más grave el caso en que la multiplicidad de las lesiones y la extensión de las mismas nos haga conceptuar inútil todo intento de restauración operatoria de la continuidad nerviosa. El tiempo transcurrido desde el momento de la producción de la lesión tiene también una importancia casi igual a los factores anteriormente señalados. Una lesión nerviosa es susceptible de curación mediante el adecuado tratamiento; pero si en la zona del miembro donde el nervio ejerce su influjo se ha dado tiempo para que se produzcan ciertas alteraciones (alteraciones del trofismo, atrofiaciones musculares, anquilosis, etc.), entonces la recuperación de la función del nervio será completamente inútil. No nos cansaremos de insistir sobre la importancia de esta cuestión en neurocirugía: el retraso en llevar estos heridos al Centro neuroquirúrgico tiene un efecto lamentable sobre su recuperación funcional, y es difícilísimo, y a veces imposible, el conseguir resultados apreciables en los heridos que llegan al Centro con miembros atrofiados, anquilosis, deformidades posturales, etc. Así tenemos esos casos en nuestra estadística, en los cuales, después de la operación sobre el nervio, observamos recuperaciones de la sensibilidad y, en cambio, las alteraciones siguen lo mismo por impedir su recuperación, sobre todo, las anquilosis, que son nuestra pesadilla en el tratamiento de estos heridos.

Otro aspecto en el cual hemos conseguido muy buenos resultados es en el de los trastornos cardíacos en los casos de aneurismas o fístulas arterio-venosas. Todos nuestros casos con estas lesiones tenían a la pantalla radioscópica dilataciones del corazón derecho, y los que podían andar una taquicardia mayor o menor y, en algunos casos, disnea de esfuerzo. Después de la operación,

UNA ESTAMPA DE LA GUERRA EUROPEA



Puesto de Socorro alemán próximo al frente.

estos síntomas han regresado y en la radioscopia hemos visto unas imágenes de corazón con su dilatación considerablemente reducida.

Tenemos un grupo de operados que creemos digno de mención especial. Nos referimos a los aneurismas de carótida. Es sabida la trascendencia que tienen las ligaduras de la carótida primitiva. Los casos publicados hasta la fecha acusan un porcentaje considerable de casos de muerte o de lesiones nerviosas consecutivas y generalmente irreparables: hemiplejias, afasias, etc., etc. La interpretación que se daba a estos accidentes consistía en la disposición terminal de las arterias cerebrales y en la dificultad de conseguir una suplencia de irrigación cuando se suprimía el aporte sanguíneo principal, ligando la carótida primitiva o la interna. Ciertamente es que se han publicado casos en los cuales estas ligaduras se toleraban bien, sobre todo en aquellos con tumores de cuello en los cuales la comprensión del paquete producía una disminución del riego cerebral que permitía el establecimiento de los mecanismos de suplencia. Pero también existían otros bien que mucho menos frecuentes, en los cuales la ligadura se practicaba por causas de urgencia o por heridas vasculares y en los cuales no existían los factores favorables que antes indicábamos. Recordamos que, en la última reunión de la Sociedad de Cirugía de Madrid, presentó el doctor Herrero un caso de ligadura de la carótida primitiva a consecuencia de una herida de cuello por arma de fuego (creo recordar) y en la cual se consiguió la curación; presentándonos al operado libre de todo trastorno neurológico. Estos hechos nos han hecho pensar que el problema no era tan sencillo como parecía y que indudablemente influían en él otros factores distintos. El hecho de la disposición terminal de las arterias cerebrales, de la dificultad de obtener una suplencia de irrigación por la vertebral o por el exágono de Willis, y de la imposibilidad de que el tejido nervioso funcione bien en cuanto esté privado de irrigación sanguínea, durante un cierto tiempo, son evidentes. Pero los casos en los cuales una ligadura de esta índole se tolera bien nos han hecho pensar mucho tiempo sobre este problema. En la sesión de la Sociedad de Cirugía de Madrid expusimos ya nuestra opinión sobre este asunto (opinión que no sabemos si no se le habrá ocurrido también a algún otro, dada la falta de bibliografía extranjera que padecemos desde hace algún tiempo). Nos parece que este problema puede enfocarse de un modo análogo al del resto

de las ligaduras y resección de las arterias. Creemos que muchos de los accidentes señalados hasta ahora en las ligaduras de la carótida primitiva o interna pueden ser imputables al hecho de que se trataba de ligaduras simples de la arteria. De esta forma, a la falta primordial de aporte sanguíneo por el hecho de la ligadura se añadía la casi segura contracción de los vasos cerebrales por el efecto de aquélla sobre el simpático periarterial (y no olvidemos la sensibilidad de una región tan inmediata como el «glomus caroticum», que seguramente agravaría la distribución del riego al ocluirse la carótida). Pero, además, la circulación compensadora, ya de por sí difícil, se empeoraría por la aspiración de los troncos venosos del cuello y en especial de la yugular interna. Proponíamos hacer primero una simpaticectomía de la carótida primitiva: practicar después una resección de un segmento de ésta entre dos ligaduras y, finalmente, hacer una ligadura de la yugular interna. De esta forma evitaríamos la posibilidad de vasoconstricciones de los vasos cerebrales y conseguiríamos que la sangre que pudiera llegar al hemisferio afecto por la vertebral o a través de los vasos del oxígeno, fuera aspirada inmediatamente por la aspiración de la yugular interna. En una palabra: asimilábamos la ligadura de la carótida primitiva o interna a la de cualquiera otra arteria, con las cuales hasta la fecha hemos tenido que intervenir en nuestras operaciones de aneurismas o de heridas de vasos. Como se ve, hemos empleado por dos veces esta técnica en dos casos de aneurismas y el resultado ha sido muy bueno. Nuestros operados no han tenido ninguna alteración de orden neurológico; uno de ellos, operado hace varios meses, lo acabamos de ver ahora y sigue muy bien; el otro operado, visto también hace pocos días, tampoco ha tenido ninguna complicación de carácter cerebral; sólo habría que señalar en él la ligera hipertensión arterial que tuvo durante dos o tres días, y que nos atrevemos a señalar como una consecuencia de la ligadura del vaso. Comprendemos que dos casos son una cifra bien escasa para establecer conclusiones definitivas; pero, en fin de cuentas, son un argumento que podemos presentar hasta ahora en favor de nuestra tesis. Contamos con seguir la misma técnica en los casos que de esta índole pudieran presentarse en el futuro, y nos proponemos, cuando tengamos tiempo y ocasión, el emprender una serie de trabajos experimentales sobre tan interesante problema de fisiología patológica quirúrgica.

Fracturas de fémur por arma de fuego con orificios de entrada y salida limpios

Por F. PORTABELLA GARCIA, Ayudante de Traumatología del E. Q. del Dr. Alzamora

Las guerras modernas, con el empleo preponderante de la artillería, han multiplicado, en grado sumo, los traumatismos graves de los huesos. Se ha demostrado la excesiva gravedad de las lesiones óseas producidas por los proyectiles de artillería en oposición a la relativa benignidad de las causadas por los proyectiles de fusil. De la importancia de tales heridas óseas, no ya para la vida del herido, sino para su integridad anatómico-fisiológica, responde el hecho de que constituyen el porcentaje de invalidez más elevada.

En nuestra guerra, la atención primera del cirujano ha ido casi siempre dirigida, a nuestro concepto equivocadamente, hacia los heridos de abdomen, relativamente escasos, dejando para segunda urgencia, en el mejor de los casos, a los heridos frac-

turados, contentándose, las más de las veces, en estos últimos, con la simple inmovilización con una férula de Chamber.

La circunstancia de que en las últimas operaciones funcionase anexo al Equipo de vientre del Dr. Alzamora un Equipo de traumatología bajo la dirección técnica del mismo, ha hecho que los fracturados se tratasen en una relativa primera línea. En nuestro servicio funcionaba un aparato de Rayos X que nos permitía practicar el control radiológico a todos los fracturados.

Vamos a tratar exclusivamente en este artículo de las fracturas de fémur, que son las que por su importancia revisten mayor gravedad, y de éstas, para mayor simplicidad de su estudio, las heridas con orificio de entrada o entrada y salida limpios.

Detallamos para los no especializados que las fracturas de fémur son las únicas que no pueden tratarse con carácter definitivo ni en las primeras ni en las segundas formaciones quirúrgicas.

Las fracturas de fémur con orificios limpios son debidas casi todas a traumatismos por bala y más raramente por metralla, siempre de pequeño tamaño. Se ha mantenido equivocadamente que casi todos los fracturados por bala con orificio de entrada y salida presentaban un considerable destrozo de partes blandas sobre el último orificio, destrozo producido por las esquirlas óseas separadas de su seno que actuarían aisladamente y a su vez como agentes vulnerantes. Sin embargo, la práctica nos demuestra que no es fácil la separación de dichas esquirlas del canal periosteal, reforzado por sus inserciones musculares, conjunto que actúa de cojinete evitando su desplazamiento. Esto explica el número crecido de fracturas conminutas por bala con orificios de entrada y salida limpios.

Esta clase de fracturas las consideramos siempre como cerradas, llevando a cabo una inmovilización precoz precedida de control radioscópico, manteniendo el miembro siempre en semiflexión y en la posición «más fisiológica» que podemos, según detallamos más adelante. A continuación permanecemos en actitud expectante durante un determinado tiempo, vigilando la circulación del miembro, la posible aparición de edema, ascenso térmico, etc., para obrar en consecuencia o evacuarlo en caso favorable a los Hospitales del Interior donde recibirá un tratamiento definitivo. Al iniciarse la sintomatología de infección, sea de la clase que fuere, cosa rara en estos heridos, nos orientamos siguiendo la técnica, que más adelante expondremos, en el tratamiento de las fracturas con atricción muscular. Nunca debe abandonarse una fractura por limpia que parezca; se ha de inmovilizar, como ya hemos dicho, precozmente; así se evita la infiltración y el edema del foco, se cohibe la hemorragia intersticial que hincha el miembro y se combate al enemigo más importante: el shock.

Cuando por condiciones especiales hemos recibido a los fracturados tardíamente, hemos podido confirmar el valor de las inmovilizaciones precoces. En efecto, los heridos llegan con mayor destrozo muscular en el foco de fractura por la acción de los extremos óseos libres, dando lugar a un campo abonadísimo para infección. A esto hay que añadir el aumento intenso del shock.

¿Cómo podemos actuar ante heridas infectadas? En primer lugar se ha de limpiar la herida de parte desvitalizada, desde la piel hasta el fondo de la herida, deteniéndose en el foco. No debe nunca practicarse una esquirlectomía, como desgraciadamente hemos visto; estos fragmentos óseos, por muy pequeños y numerosos que sean, obran como catalizadores, provocando neoformación ósea. Ahora bien, todo fragmento que se encuentre a distancia del foco, entre la masa muscular, no conservando ninguna relación nutritiva, debe extirparse o restituirse a la celda periosteal previa minuciosa limpieza del mismo con suero fisiológico caliente.

Sin ningún reparo deben incidirse las partes blandas; ampliamente se extirpan los tejidos mortificados y se regularizan los bordes de las heridas.

Las heridas de muslo son las más graves y las más expuestas a infección, a causa de la topografía aponeurótica del mismo. Es en el muslo donde tienen que hacerse más frecuentemente múltiples y amplias aberturas, prestando, si es preciso, un cuidado más exquisito que para otras regiones anatómicas.

Existen en esta región dos focos principales: la celda de los extensores y otra de los flexores; la apertura del tabique medio no siempre es posible.

En los hospitales alejados del frente pueden tratar con comodidad las heridas infectadas con fractura de fémur por el procedimiento conocido del alambre tensor de Kirschner, que permite dejar al descubierto la herida para el tratamiento local de la infección, permaneciendo reducida e inmovilizada la fractura.

Una vez tratada quirúrgicamente la infección, colocamos en

todos los casos un escayolado provisional, aventanado o no, según el curso clínico del herido, para transportarlo a los centros especializados, donde será mantenida la reducción con el indicado alambre tensor.

Durante las últimas operaciones hemos eliminado en gran parte el peligro de infección, ya que muchos de los fracturados ingresaban en nuestro Equipo a las seis u ocho horas de haber sido heridos, encontrándose rápidamente inmovilizados y desplazando, por lo tanto, uno de los motivos principales de su desencadenamiento. A las ocho horas de haberse escayolado, después de cerciorarnos del estado general del herido y particular del miembro, se evacuaban.

Vamos a exponer las fracturas más frecuentes de fémur y su tratamiento de urgencia.

Fracturas de extremidad superior de fémur van acompañadas frecuentemente de lesiones abdominales, a las cuales hay que atender con preferencia.

En las fracturas de la diáfisis, de tercio superior, el fragmento se coloca en flexión, aducción y rotación externa, solicitado por la acción del psoas y gluteos menor y mediano; parece ser que el fragmento por la acción del gluteo mayor tendría que estar en extensión, pues la acción de la gravedad actúa en favor del grupo extensor, pero al romperse la continuidad del fémur y suprimir esta acción los flexores adquieren predominio y vencen a los extensores; el fragmento inferior se dirige hacia arriba y adentro arrastrado por los aductores, formando con el otro fragmento un ángulo abierto hacia atrás y afuera. En esta fractura colocaremos el segmento distal en la posición del superior, o sea abducción, flexión y rotación externa.

En las fracturas del tercio medio, el fragmento inferior asciendo atraído por los aductores y los músculos que van de la pelvis a la tibia colocándose en consecuencia detrás del superior, que está en ligera flexión y abducción; el escayolado se coloca en análogas condiciones que el anterior disminuyendo la abducción.

En las fracturas de tercio inferior, en fragmento superior por la acción de los aductores, es llevado hacia adentro y ligeramente hacia adelante; el inferior, atraído por los gemelos, es llevado hacia atrás; en éstos se suprime la abducción.

En la fractura de extremidad inferior escayolamos el miembro en extensión.

¿Cuál es el porvenir de estos heridos? ¿Cómo llegan nuestros inmovilizados a los Hospitales Base o a los Centros de Traumatología?

Durante bastantes meses, al principio de esta guerra, nos era poco menos que imposible contestar a esta pregunta con el valor de una comprobación exquisita. No estaban entonces organizadas las Instituciones de Traumatología de Guerra que se insinuaban como valor futuro tan solo aisladamente. Actualmente nos vemos animados a seguir los sistemáticos escayolados por los comparativos informes que nos remiten desde los hospitales de retaguardia. Desde luego, queda todavía por incrementar la visita de los Equipos Quirúrgicos avanzados a los Centros Hospitalarios de Retaguardia, con el fin de que comprueben personalmente su propia labor, que es la que influye decisivamente en el funcionamiento posterior del miembro.

Circunstancias de diverso orden nos impiden publicar en este número la continuación del trabajo de nuestro compañero R. Diaz Sarasola, sobre el tratamiento abierto de las heridas abdominales. Nuestros lectores nos disculparán por ello.

Conceptos quirúrgicos que deben modificarse

Por el DR. S. SASTRE, Jefe de Equipo Quirúrgico

Nuestro contacto durante estos meses de guerra con cirujanos de todas categorías y de todas tendencias quirúrgicas, casi todos de distintas escuelas, ha hecho que hayamos visto maneras de obrar y oído conceptos completamente antiquirúrgicos, que es necesario modificar, tanto más cuanto que no son solamente patrimonio exclusivo de sus creadores, sino que van divulgándose y generalizándose hasta convertirlos en reglas quirúrgicas.

Analicemos un caso. No ha mucho se publicó en esta Revista el siguiente:

Un muchacho que llega al cirujano a las siete horas de herido, presentando una herida de metralla en cresta ilíaca izquierda, sospechosa de que sea penetrante. Y aquí el primer error. Es regla formalmente antiquirúrgica el explorar un trayecto debido a un proyectil o lo que sea, realizando un sondaje con un estilete, aun en las heridas que sabemos con certeza no comprenden sino masas musculares.

Porque ¿qué se consigue con ello? ¿Darnos cuenta de la magnitud de la herida? Es completamente ilusorio. A lo sumo podremos saber la longitud del trayecto, pero jamás apreciaremos despegamientos profundos y fondos de saco. Lo que sí haremos siempre es arrastrar hacia el fondo todos los fragmentos de vestido, tierra, etc., que haya en el túnel, ayudando de manera eficientísima el desarrollo de una infección. Esto en una herida de masas musculares de miembro, en que no haya ninguna fractura, podrá no llevar consigo consecuencias desagradables, pero si esto pasa en una fractura abierta, si esto pasa en un túnel penetrante en peritoneo, las consecuencias serán fatales. Cuántas veces hemos visto sondear un trayecto precisamente para ver si hay o no fractura, y en los casos que la ha habido, contentarse el cirujano con sacar y guardar cuidadosamente su estilete, limitando toda su acción a poner seguidamente un yeso más o menos bien puesto. ¿Qué ha pasado después? No es difícil imaginarlo.

Podrá decirse que en un trayecto muy corto sí puede apreciarse toda la extensión de la herida. Pero en el caso concreto que queremos analizar, el cirujano nos dice: «Sondé desde cresta ilíaca izquierda un túnel bajo piel hasta línea alba y no penetra». ¿Cómo lo sabe? ¿Es que quiere hacernos creer que es capaz de apreciar con un estilete lo que hay en el fondo de un estrecho túnel de más de 20 centímetros?

Se nos dirá: ¿Así, pues, todos los trayectos de metralla, por insignificantes que sean, y sea la que fuera la región donde asienten, deben abrirse y desbridarse? Rotundamente, no. Dejaremos todos los sedales subcutáneos y musculares de regiones no peligrosas (entiéndase por peligrosas regiones de trayectos vasculares, peritoneal, etc.), aunque exista una fractura, siempre que sean limpios y tengamos la seguridad de que no existen grandes destrozos; afortunadamente estos casos son muchos. Ahora bien, cuando sospechemos que no sea así, entonces, antes de urgar con un estilete, preferimos abrirlos y ver clara-

mente a cielo abierto la lesión existente; y en los casos concretos de trayectos en pared abdominal, nos atrevemos a decir que absolutamente siempre deben abrirse y explorar quirúrgicamente. No debe dejarse pasar un tiempo precioso para observar el cariz que tomará una herida posiblemente penetrante en abdomen, tiempo que después indudablemente nos hará falta. A mayor abundancia cuando esta exploración quirúrgica no tiene ninguna gravedad, ya que incluso puede hacerse con anestesia local.

Hemos de convencernos que ha pasado completamente la época en que el cirujano trabajaba al tanteo y a ciegas. Es erróneo el concepto de que el cirujano debe tener los ojos en las puntas de sus dedos. Contentémonos en tenerlos bajo la frente y en emplearlos bien, que así al menos no caeremos en error.

Sigamos con nuestro caso; a los cinco días aparece una fistula estercorácea, que es intervenida, que tras una serie de incidencias vuelve a abrirse y, finalmente, el individuo muere de peritonitis. No es intención nuestra comentar la conducta seguida con este enfermo, desde el momento de la aparición de su fistula estercorácea, pero sí las conclusiones a que llega el cirujano.

Dicho de paso respecto a los datos de la autopsia, diagnosticando una peritonitis tuberculosa, no dudamos de él, pero hay que convenir en que es mucha casualidad y que no habla de pruebas anatomopatológicas.

Y vamos a contestar a una pregunta que se hace el cirujano. ¿Pero es que vamos a laparotomizar los heridos de vientre por si tuviesen algo operable?

1.º Agotaremos todos los medios de explotación posibles para llegar a un diagnóstico cierto.

2.º Un medio valiosísimo es este de la exploración quirúrgica con el bisturí, abriendo hasta el fondo los trayectos sospechosos, sobre todo teniendo en cuenta la inocuidad de esta pequeña intervención.

3.º Si una vez agotados todos los medios de exploración posibles, y todas las posibilidades, seguimos con la duda, *laparotomizaremos siempre*.

Estamos perfectamente de acuerdo en que el tanto por ciento de mortalidad en las Laparatomías blancas en tiempo de paz es del 2 por 100. Estamos de acuerdo en que posiblemente ahora habrá aumentado su mortalidad a más del doble. Indudablemente que nadie cuenta con un número suficiente de Laparatomías negativas para establecer el tanto por ciento de mortalidad. ¿Pero hay alguien que cuenta el número de defunciones habidas por laparotomizar o no hacerlo a tiempo? ¿Cuál sería el tanto por ciento de estos casos? Sin duda incommensurablemente mayor.

Nosotros nos hemos ajustado siempre a este criterio y no nos arrepentimos. Nos hemos ajustado siempre al axioma de nuestros maestros, de que en los abdómenes agudos, el que corre más es el que gana.

Puesto de Curación y Puesto de Clasificación

Por J. R. PUCHOL

En los primeros tiempos de nuestra guerra, sin tener noción de lo que debía ser una organización sanitaria militar, todos nuestros conocimientos se limitaban a la existencia de dos formaciones: Puesto de Socorro y Hospital médico quirúrgico.

Así, a medida que el Mando creaba unidades, batallones, brigadas, divisiones, creíamos haber resuelto el problema creando Puestos de Socorro, de Batallón, Brigada o División, sin haber llegado a separar las misiones sanitarias en su escalonamiento.

Posteriormente, la experiencia nos llevó a la delimitación del campo de acción de cada Escalón sanitario. Hoy el herido es asistido en varios escalones de distinta misión:

Sanitario de Compañía... Puesto de Socorro de Batallón... Puesto de Curación de Brigada... Puesto de Clasificación.

El establecimiento del concepto de Puesto de Clasificación ha sido nuestro más firme avance sanitario.

Pero es frecuente entre nuestros médicos que se llame Puesto de Clasificación a lo que no lo es. Del mismo modo que al principio llamábamos a todo Puesto de Socorro, hoy muchos llaman Puesto de Clasificación incluso a un Puesto de Batallón. Queremos aclarar las diferencias entre Puesto de Curación y Puesto de Clasificación, que son los más a menudo confundidos.

El Puesto de Curación es una *formación sanitaria de Brigada*, organismo central de asistencia médica de la misma, que puede existir tanto en combate como en los acantonamientos. El Puesto de Clasificación, en cambio, no está adscrito a ninguna Unidad. Puede coincidir con un Puesto de Curación de Brigada, en cuyo caso este último es absorbido por la función de aquél, pero por lo común el Puesto de Clasificación es una formación «de Sector» (División, Cuerpo de Ejército y rara vez de Ejército). Por otra parte, el Puesto de Clasificación es un elemento sanitario «de combate», ya que no se concibe su existencia en los acantonamientos.

El Puesto de Curación de Brigada se sitúa por lo común en la confluencia de las líneas de evacuación de sus batallones, siendo generalmente su emplazamiento coincidente con el punto de máxima aproximación de las ambulancias a la línea. Por su proximidad al frente, no puede concentrar más que muy pocos medios de evacuación.

El Puesto de Clasificación se instala en el eje de eva-

cuación de un Sector; es lugar de convergencia de las ambulancias de los Puestos de Curación y dispone de abundantes medios de tratamiento y evacuación.

En todos los escalones sanitarios se lleva a cabo una selección que impida sean evacuados aquellos soldados con afecciones ligerísimas que pueden ser asistidos por el médico de su Unidad. También en todos los escalones se evacúan primero los heridos de mayor gravedad. Y también en los Puestos de Curación y de Clasificación existen estas misiones.

Pero en el Puesto de Curación de Brigada, aparte el establecimiento de este orden de prelación en la evacuación, según la gravedad, *todas las bajas* se trasladan a un solo sitio: al Puesto de Clasificación. En este último se evacúan también *todas las bajas*, pero *no a un solo lugar*. Las bajas se clasifican según la gravedad y la categoría de la lesión y se trasladan a unos u otros organismos sanitarios, según los casos.

La perfecta categorización de las bajas requiere un examen sistemático de todas las heridas. Por eso, en el Puesto de Clasificación, es conveniente levantar todos los vendajes, quitar todos los garrotes. En cambio, en el Puesto de Curación la misión se limita a corregir las curas defectuosas. Así, el Puesto de Clasificación es el único escalón sanitario anterior al Hospital de tratamiento definitivo en que se modifica sistemáticamente la primera cura que fué hecha al herido en la compañía o batallón. Los escalones anteriores en este aspecto no deben tocar las curas bien hechas. Cada uno de ellos debe limitarse a corregir los defectos de los precedentes.

Se concibe, por lo tanto, que los escalones elementales en la Sanidad de vanguardia son: el Puesto de Socorro de Batallón (con sus cabos de Compañía) y el Puesto de Clasificación. Ambos tienen una misión específica. El Puesto de Curación es un escalón intermedio que rectifica los defectos del Puesto de Socorro y controla el embarque de los heridos en las ambulancias, previo establecimiento de un turno de urgencia. No hace curas sistemáticamente como el Puesto de Socorro, y tampoco clasifica en un sentido estricto, como el Puesto de Clasificación. Y así como éste tiene hoy para nosotros la categoría de una formación sanitaria lógica e imprescindible, aquél—el Puesto de Curación—es sólo una formación transitoria, necesaria en determinados casos y susceptible de reducir sus funciones al mero relevo de las ambulancias.

7 DE NOVIEMBRE

(UNA CHARLA CON EL CAMARADA LUNA)

Recordemos la fecha doblemente gloriosa. La Sanidad no puede olvidarla fácilmente. Ahora, cuando nuestra organización actual, sanitaria y militar, es ya una organización auténtica, el recuerdo de aquel crítico 7 de Noviembre de 1936, sacado a pulso en la historia de Madrid, gracias al heroísmo confundido de los que hoy trabajan y hacen la guerra organizada en los diversos frentes y en las diversas armas y servicios, ese recuerdo nos emociona como una cosa viva y muy nuestra, máxime cuando, desde nuestros puestos de hoy, volvemos los ojos al Madrid actual y lo vemos tan heroico y alegre como siempre, sencillo y lleno de triunfo con el enemigo a sus puertas.

Charlamos con el camarada Luna, recordando los días de entonces. Guillermo Luna, uno de nuestros Jefes de Sanidad, es precisamente quien puede hablarnos con más autoridad de la Sanidad en el Madrid del 7 de Noviembre. Acudimos a este hombre recio, de voz y gesto mesurados y seguros, para escuchar de su boca algo de la historia grande y sencilla de aquel tiempo.

—¿De qué modo te hiciste cargo de la Sanidad Militar en los días críticos de noviembre de 1936 en Madrid?—le hemos preguntado. Se sorprende momentáneamente: no se imaginaba a lo que veníamos. Luego sonríe. Hemos resucitado en él un mundo de recuerdos. Y entra inmediatamente en situación:

—Al conocer la noticia de la salida del Gobierno, encargándose de la defensa de Madrid una Junta Delegada, yo, que ejercía el cargo de Inspector General Médico en la Cruz Roja, fui a ofrecer mis servicios a la misma, siendo el entonces Comandante Daniel Ortega el que me indicó que me hiciera cargo de la Jefatura de Sanidad, cargo que ocupé hasta la llegada a Madrid del Dr. Planelles, el 12 de noviembre, asumiendo entonces la Jefatura de la Sección de Hospitales.

—¿Qué Sanidad había en Madrid entonces? ¿Podrías historiar-nos en esencia la trayectoria y situación de nuestra Sanidad antes del 7 de noviembre?

—En los primeros meses del movimiento subversivo existió, no solamente en las organizaciones políticas y sindicales y en el Socorro Rojo, sino en todo el pueblo madrileño, un gran deseo de prestar ayuda a nuestros heridos. Las masas populares, dándose cuenta de la importancia de la lucha y viendo que los medios con que contaba la Sanidad Militar oficial iban a ser insuficientes, se dedicaron a crear un aparato sanitario, que en los primeros meses suplió la falta de una Sanidad Militar bien organizada. El Socorro Rojo, por ejemplo, no solamente organiza hospitales en Madrid, sino que llega a los frentes, donde monta puestos de Socorro, organiza equipos quirúrgicos, colabora en la evacuación de los heridos con sus equipos de camilleros y sus ambulancias. Las organizaciones políticas y sindicales hacen lo mismo, y puede decirse que no existía un barrio en Madrid que no tuviese sus hospitales. Cada organización tenía su administración propia, que se preocupaba de solucionar todos los problemas de alimentación y medicación de sus hospitalizados. Nuestras mujeres colaboraron en esta labor haciendo de enfermeras, mozas de limpieza, etc.

Todo este esfuerzo desorganizado no servía, a pesar del gran entusiasmo de todos, para tener bien atendidas las necesidades sanitarias de las milicias, pues mientras había batallones con una superabundancia de medios, otros no tenían de nada; mientras había hospitales donde la alimentación y cuidados eran excelentes,



Camaradas españoles e internacionales en el noviembre madrileño de 1936.

tes, otros carecían de lo más preciso. Además, todo aquel aparato era enormemente gravoso para la nación. Tan sólo en el 5.º Regimiento existía un esbozo de organización sanitaria, siendo la primera Brigada Mixta que se organiza durante el mes de octubre la que lleva una Sanidad bien montada.

Los hombres que dirigían la Sanidad en aquellos momentos no lograron canalizar todos aquellos esfuerzos creadores y dar una organización racional a la Sanidad. Todos los intentos de unificación y control habían sido casi inútiles; la Comisión de Coordinación de los Servicios Sanitarios, nombrada en el mes de agosto, no pudo hacer mucho.

En esta situación llegan los días memorables de noviembre. Los fascistas a las puertas de Madrid, dispuestos a tomarlo, creyéndolo presa fácil; un pueblo decidido a defenderlo y a escribir páginas gloriosas en nuestra guerra de independencia; una Junta de Defensa que dirige aquel esfuerzo gigantesco; una nación—España—que acude en nuestra ayuda para que la capital no sea nunca de los invasores, y la ayuda desinteresada de unos hombres que, de todos los países del mundo, vienen a luchar con nosotros, no solamente para hacer de Madrid un baluarte de la libertad nacional, sino porque comprenden que en Madrid se defienden la libertad y la democracia del mundo, amenazadas por el fascismo.

Madrid se transforma en un campo de batalla. Sus calles son testigos de episodios heroicos de nuestros soldados; la metralla de la invasión destroza cientos de edificios y causa miles de bajas en la población civil, y nuestros hospitales son bárbaramente bombardeados y tienen que ser evacuados a otros locales. Nuestros sanitarios, infatigables, trabajan día y noche; nuestros médicos trabajan sin descanso, se trasladan hospitales en pocas horas, se recoge el material sanitario para que no sea pasto de las llamas o destruido por la metralla. El aspecto de Madrid, que arde por sus cuatro costados, es inolvidable: parece un volcán en erupción...

—Acaso, camarada Luna—le decimos—, se puede considerar el 7 de noviembre como el punto nodal de nuestra Sanidad. Quizás aquellos días representan para nosotros el impulso de creación decisivo, como lo fueron para todo el Ejército Popular. ¿No es cierto?

—Sí. En aquellos días empieza a nacer nuestra Sanidad Militar. Se empieza a organizar la Sanidad en las Brigadas, tanto en las que operaban en Madrid como en las que venían de provincias, algunas de las cuales venían sin Sanidad o con una Sanidad defectuosa. La Sanidad del 5.º Regimiento y del Socorro Rojo entran a formar parte de nuestra Sanidad Militar, y poco a poco se va englobando la Sanidad de las organizaciones políticas y sindicales.

En poco tiempo vemos cómo se va dotando de personal y material sanitario a las unidades combativas, movilizándolo a médicos y practicantes según la edad; vemos cómo se da instrucción sanitaria a los cuadros de camilleros, sanitarios y enfermeras; vemos cómo todos aquellos hospitales de vida autónoma pasan a ser hospitales militares y se someten a esta disciplina, cómo se cierran muchos que no reúnen condiciones y se mejoran los servicios de los que quedan, cómo se reajustan sus plantillas según normas estudiadas.

Vemos cómo las organizaciones sindicales nos ayudan y cómo en poco tiempo se pone en marcha una industria sanitaria que

nos suministra camillas, artolas, ambulancias, etc.; cómo empiezan a trabajar inmensamente el Instituto de Sanidad, Parque de desinfección y Farmacias militares; cómo se crea una Jefatura de Sanidad que controla, organiza y dirige toda nuestra Sanidad del Ejército del Centro.

¿Qué hubo dificultades e incomprensiones que obstaculizaron esta labor? No importa; se vencieron y la labor se realizó, dando la pauta para organizar la Sanidad en otros Ejércitos.

—¿Puede considerarse en algún modo el esfuerzo sanitario de aquellos días como el nacimiento de toda nuestra eficaz organización sanitaria de hoy?

—Todas las experiencias y enseñanzas y todo el esfuerzo de aquellos días, seguido de una labor de crítica y autocritica que ha ido mejorando nuestro propio trabajo y todo nuestro afán de enseñanza y divulgación para la creación de nuevos cuadros, ha hecho posible llegar a la organización sanitaria actual. Los hombres de entonces los vemos hoy ocupando cargos directores en la mayor parte de los ejércitos: Levante, Ebro, Este, Extremadura...

—¿Algunos datos de aquellos primeros esfuerzos? ¿Algunos aspectos del trabajo en aquellos días?

—Como te decía, en Madrid había una infinidad de hospitales que, por su escasa capacidad y falta de medios para tener montados sus servicios, no reunían las condiciones necesarias para un buen tratamiento de nuestros heridos; además, mantenían un exceso de personal en sus plantillas que hacía subir a una cifra muy alta el coste de la estancia de cada hospitalizado. Había que cerrarlos, y con sus camas y efectos aumentar la capacidad de los que quedaban. Nadie quería, todo eran dificultades, alegaban una propiedad mal entendida; pero se les convenció y se cerraron más de treinta hospitales. Se dedicó el Hospital General, con más de 2.500 camas, para hospital de sangre, y se trasladaron, entre otros, el de la Beneficiencia Nacional (antes de la Princesa) y el Militar de Urgencia a otros locales, por haber sido bombardeados los que tenían. En líneas generales: sometimos a la dirección y disciplina militar todos los hospitales

de las organizaciones, aumentamos su capacidad hospitalaria, mejoramos sus servicios y disminuimos las nóminas de personal.

—¿Qué nos puedes decir de nuestras relaciones con la Sanidad de las Brigadas Internacionales, llegadas por entonces a Madrid? ¿Nos sirvió su ejemplo en la creación de nuestra Sanidad?

—Nosotros prestamos la máxima ayuda a las Brigadas Internacionales, que venían con su Sanidad organizada. Su disciplina, el empleo de la ficha médica de vanguardia, sugerencias sobre lo que debía ser la labor estadística en Sanidad, fueron algunas de las experiencias que sacamos de sus sanidades.

—Para terminar, camarada Luna: ¿Tienes que decirnos alguna otra cosa que creas de interés sobre «aquello»?

—Que los hombres que defendimos Madrid seguimos con igual entusiasmo que entonces, luchando encuadrados en la Sanidad, hasta conseguir nuestro deseo de expulsar de nuestra querida Patria a los invasores y terminar la guerra.

Así ha hablado este Jefe de entonces en Madrid, uno de nuestros Jefes de ahora. Al terminar, la emoción del aniversario nos invadía a los dos. Este aniversario de la defensa de Madrid que hace—lo dijimos al comienzo—doblemente gloriosa una fecha que lo era ya.

En efecto: nuestros afanes de hoy no pueden hacernos olvidar un XXI aniversario festejado ahora con júbilo inmenso por 170 millones de seres libres. ¡Ni siquiera el Madrid heroico y eterno puede hacernos olvidar al país amigo, al país que, lejos de todo afán imperialista, por el solo deseo de la paz mundial y de la independencia de los pueblos, ha dejado sentir internacionalmente su voz amiga y el calor de su solidaridad!

En estos tiempos de lucha por nuestra independencia, cuando el 7 de Noviembre late en el fondo de nuestro corazón como un anhelo común de la Patria libre, no olvidamos a los pueblos libres de la U. R. S. S. También ellos cumplen ahora su XXI aniversario de libertad y de independencia, y pueden sonreír con la firmeza de quien no teme a los bandidos europeos, como los españoles sonreiremos en el futuro ante los invasores expulsados.

(Del «Manual Médico Militar»,
de Norteamérica)

La selección de lugares para el Puesto de Socorro



Un sitio ideal para un Puesto de Socorro es un lugar protegido que esté situado detrás del centro de la Unidad a que sirve, entre 300 y 800 yardas (1) de la primera línea, con una carretera que esté libre de los movimientos del frente y de la retaguardia, y que tenga facilidad de agua. En la selección de sitios para Puestos de Socorro han de tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

DESEABLES	INDESEABLES
Protegido de la observación y fuego enemigo.	Que estén bajo observación y fuego enemigo.
Proximidad a las líneas naturales de acarreo o evacuación de heridos.	Que estén próximos a puentes, cruces de carreteras, puestos de municionamiento, puestos de distribución de suministro, posiciones de artillería y terrenos de observación permanentes.
Facilidad de contacto con la tropa combatientes.	
Facilidad de comunicación con la retaguardia.	
Ahorro de trabajo en el grupo, y para los camilleros.	
Base de traslado del Puesto hacia el frente o la retaguardia.	
Proximidad al agua.	
Protección contra los elementos.	
Que se puedan usar luces durante la noche, pero que sean invisibles por el enemigo desde su campo de batalla o desde el aire.	

(1) 274 y 751 metros.

SANTIAGO RAMON Y CAJAL

(1 de mayo de 1852 — 17 de octubre de 1934)



Hace cuatro años que murió. Era una cumbre en la vida española, y las crudas realidades de hoy no han velado su recuerdo. La figura y la obra siguen vivas y ardientes en el fondo de nuestros cerebros; el nombre resuena en las trincheras y en los laboratorios. ¡Cajal! El genio moderno de la Histología; un viejo español que murió hace cuatro años para pervivir en el alma de las generaciones.

*

A lo largo de sus muchos años, las incomodidades del vivir fueron tallándole un gesto socarrón y cerrado. Fué ese hombre con vocación de laboratorio a quien la vida molesta de continuo, con interrupciones impertinentes. Padeció incomprendimientos familiares y oficiales; conoció la pobreza y la envidia. Las dificultades en que se desarrollaba su obra científica le hicieron filósofo también. Por eso conocía los males hondos de la España vieja.

La consagración oficial—siempre tardía—le colmó de honores y títulos innumerables. El premio Nobel dió a su nombre resonancia popular en Europa.

*

Lo pagó todo con su obra. La obra científica de Cajal es prodigiosa, profundamente revolucionaria. Al iniciar sus investigaciones, hubo de enfrentarse con las hipótesis más generalizadas. Según ellas, el tejido nervioso era una amplia e intrincada red celular, donde se hacía prácticamente imposible analizar la conducción de la corriente nerviosa.

La intuición inmensa de Cajal iluminó aquel caos. Comprendió claramente las causas que habían motivado aquella hipótesis cómoda y vaga: la impotencia científica ante el misterio de la naturaleza, la tendencia al esfuerzo menor frente a las enormes dificultades analíticas de los hechos.

¡Cuántas hipótesis científicas nacieron de este modo! Como la hipótesis de la tierra plana, como la hipótesis de la imposibilidad de la navegación aérea, tantos y tantos otros «mon plus ultra» depresivos han tenido que ceder lugar al «plus ultra» de los grandes talentos.

Con un pseudo laboratorio y un deficiente microscopio, él inicia estos difíciles análisis. Sus investigaciones no hubiesen desembocado en nada nuevo sin aquella intuición genial. Ella le conduce año tras año y guía sus esfuerzos; de este modo crea la teoría neuronal.

Así da el golpe de gracia a los conceptos anteriores: todo creador ha hecho lo mismo. La confusa red nerviosa supuesta científicamente se ha convertido en un conglomerado de unidades nerviosas independientes, con caracteres morfológicos específicos.

Con la ley de la polarización dinámica, Cajal completa la arquitectura firme de su teoría. Se desorbita del campo histológico y formula claramente, de una manera nueva y más concreta, algo del eterno problema inquietante del pensar y del sentir: ha descubierto y ha sometido a ley el paso de la corriente nerviosa por las neuronas.

Ante estos hallazgos formidables quedan oscurecidos otros aspectos de su labor histológica. Pero de todos es sabido que su genio llegó al fondo de muchos otros problemas y que obtuvo resultados innumerables. Su obra no es sólo genial; es inmensa.

*

Como el «No» de Einstein ante Newton, como el «No» de Velázquez ante Rafael, Cajal ha pronunciado neurológicamente un «No» cargado de dialéctica creadora. Científica y artísticamente, el proceso dialéctico sigue, puede llegar hasta una nueva negación parcial de Velázquez, Einstein o Cajal. Pero no puede borrar la grandeza de estas cumbres, ni oscurecer su fortaleza de conductores. Cuando las ciencias y las artes se superan a sí mismas; cuando los conceptos de los genios se mejoran, los genios siguen siéndolo.

Cajal es eso; nada menos. Un genio moderno, una de las escasas cabezas que asombrarán a la compleja ciencia del porvenir.

*

Por boca del presidente Negrín, el pueblo español ha afirmado que su Ejército era político; una afirmación valiente y sincera frente a los pretendidos apoliticismos militares. Nos sentiremos valientes también, en nuestro terreno, y plantaremos una pregunta, incorrecta para los creyentes en la «ciencia pura» o—mejor—en el «científico puro».

¿Estaría hoy Cajal con nosotros, o con ellos?

No es preciso contestar categóricamente. Basta con recordar la vida del Maestro. Basta con recordar las dificultades en sus trabajos, las opiniones

(Pasa a la página 14)

Juan Porras.—Recibimos tu aportación, que te agradecemos sinceramente, y esperamos que continuará este contacto reanudado con un viejo amigo de LA VOZ DE LA SANIDAD. Pero

tu aportación—muy oportuna—glosa un tema que a esta redacción no había pasado inadvertido, y cuando la recibimos estaba ya tirándose este número con un trabajo esencialmente igual, como tú mismo verás al leerlo. Con ello, tu trabajo quedaba automáticamente impubliable. Esperamos que lo comprenderás. ¡Gracias de todos modos

H. Cáceres.—Según nos informas, el chofer de la ambulancia se opuso en aquel traslado cuando le aconsejaste que aminorase la marcha para rehacer un vendaje que se aflojaba. Decía el chofer que en la ambulancia mandaba él y que tenía que ir deprisa en interés de la vida de los heridos y del rendimiento del material. Preguntas quién es el llamado a regular la marcha de la ambulancia durante el traslado de heridos y de qué forma se debe regular.

Este problema depende de diversos factores cuyo alcance en cada momento se debe conocer. Son los siguientes:

El estado de gravedad de los distintos heridos a evacuar.

Los percances que éstos pueden sufrir durante el trayecto.

El estado de los caminos.

La distancia entre las formaciones sanitarias.

La necesidad del mayor o menor rendimiento en el transporte, en función del número de ambulancias y del volumen de bajas que la operación va dando.

Al sanitario es a quien corresponde el control de la marcha de la ambulancia, por estar directamente responsabilizado de la vida de los heridos que conduce. Y teniendo en cuenta la importancia variable de los factores mencionados, hará en cada caso las oportunas indicaciones al conductor. El sanitario debe habituarse a seguir en cada momento la línea más justa.

Si, por ejemplo, la gravedad extrema de alguno de los heridos que transporta exige una evacuación excepcionalmente rápida, el mal estado de los caminos, por muy molesto que pueda ser para aquéllos, no será nunca motivo suficiente para llevar una marcha moderada. (Recordemos, de paso, que cada sanitario debe conocer perfectamente los principios fundamentales del triage para proceder razonadamente en todo momento. El no debe conformarse con guiarse mecánicamente por las

B U Z O N

indicaciones sobre la gravedad del herido recibidas del médico.)

La abundancia relativa de ambulancias en su sector; el escaso volumen de bajas en la operación; la corta distancia entre las formaciones sanitarias, son factores que permiten, hasta un cierto punto, el aminoramiento de la marcha y las paradas momentáneas de la ambulancia. Pero el sanitario no debe olvidar que las consideraciones de humanidad no abarcan solamente a los heridos que en un momento dado evacúa. Si la distancia entre las formaciones sanitarias es, en cambio, muy larga, o bien la cantidad de bajas muy grande, o las ambulancias muy escasas, el sanitario puede llegar incluso a parecer cruel, precisamente por *consideraciones de humanidad*, y evacuar con una rapidez inconveniente para los heridos que lleva, porque hay muchos otros heridos que esperan.

Para todo esto es necesario que el sanitario haga un esfuerzo mental para el que, a veces, no está habituado. Pero él tiene la obligación moral de hacerlo y de mejorar constantemente su actuación.

Así es como vemos, camarada, el problema que nos planteas. Queda sólo hacer una última advertencia: el conductor no manda sobre los heridos ni debe regular la marcha que sanitariamente conviene. Pero sobre la ambulancia, considerada como instrumento técnico, sí manda. El tiene derecho a hacer consideraciones sobre el uso del material de transporte, consideraciones que, en algún caso, pueden chocar con las que tú haces como sanitario. Y este es un problema a resolver cordialmente con él.

Cap. médico C. Y. V.
Escuela del XXI C.—La abundancia de otros originales y el carácter de simple acuso de recibo de vuestra comunicación, nos ha inclinado a no inser-

tarla en el número. Pero el objeto principal de vuestro trabajo queda cumplido; tomamos nota de vuestro deseo de contacto con nosotros y, en espera de nuevas aportaciones, os felicitamos por vuestro trabajo en los cursillos finalizados en esa Escuela. Os anunciamos, además, una posible visita con el mismo objeto: fijar en la Revista los aspectos más relevantes de la labor en las Escuelas.

J. Roch.—El relato que nos haces con motivo de una alarma de aviación ocurrida en tu hospital lo creemos verídico, aunque afortunadamente no se produzcan corrientemente tales hechos en dichas formaciones. Es muy raro que se den tales muestras de pánico en los heridos cuando el personal sanitario, todo el personal sanitario, desde el médico a las enfermeras, tiene presencia de ánimo para afrontar la situación, y, conservando la serenidad, actúa oportunamente para tranquilizar a los individuos más excitados. Si no se hace así, el nerviosismo y el miedo se generalizan, produciéndose los espectáculos que citas en tu carta, que son totalmente inadmisibles en un hospital militar. Si la alarma volviera a repetirse, tú, personalmente, puedes hacer mucho: reprochar a los que, debiendo dar ejemplo de serenidad, son los primeros en perder la cabeza y multiplicar tus esfuerzos entre los heridos para evitar que surjan precipitaciones que pueden serles perjudiciales. No debes olvidar que si el miedo es contagioso, también la serenidad y la presencia de ánimo lo son.

Médico, Sanitario:

La Voz de la Sanidad

aspira a recoger fielmente todos los aspectos de la Sanidad de Campaña

Colabora en nuestras páginas

Redacción y Administración: Plaza de la República, 3 — VALENCIA

13

Los sanitarios dicen...

La higiene personal ante el frío

Indudablemente el frío es un enemigo terrible de la higiene personal. Ante la presencia del frío, el soldado se deja dominar por una estúpida pereza y se acobarda ante la necesidad imperiosa de su propia higiene. Es una pereza absurda



que a veces ellos mismos desechan y ellos mismos censuran; pero, sin embargo, existen casos en que llega a dominar tan extensamente a una persona, que le cohibe hacer comprender el perjuicio grave en que se rodea. Sobre estos elementos hace falta una vigilancia especial, y es preciso hacerles comprender en un sentido extenso toda la importancia de su falta. Los sanitarios de Compañías tienen con esto una labor importante que cumplir. Ellos son los llamados a ejercer un control de higiene sobre los soldados de

su compañía y a desarrollar una labor pro higiene ante el frío. Puede valerse de buenos medios para este trabajo: él mismo debe dar ejemplo con el aseo personal diario; algunas consignas en este sentido colocadas por las compañías serán también un medio eficaz para ayudarte. Y cuando sepas de alguno de esos desperdigados que son víctimas de esa cobardía ante el frío, has de recurrir entonces a un argumento de razones para tratar de hacerle comprender todo el daño que se aporta él y aporta al mismo tiempo a cuantos le rodean. Los mismos compañeros que conviven con él pueden obligarle a cumplir los fundamentales preceptos de la higiene ante una indicación razonada del sanitario. De este modo el sanitario de compañía es directamente responsable de que la higiene personal en su compañía sea un problema a resolver. Basta un poco de interés por parte del sanitario para que su labor dé siempre un resultado excelente.

Verdad es que, en algunas ocasiones, las posibilidades de lavarse concienzudamente son escasas; y entonces no se puede censurar a nadie. Pero hay muchas camaradas que, por el frío, se resisten a ser higiénicos aun cuando las posibilidades para ello existen. Y a estos es a los que se necesita convencer.

Es verdad, ante el frío sentimos cierta cobardía a lavarnos completamente el cuerpo y a cambiar a menudo nuestras ropas. Pero debemos comprender, y hacer comprender al soldado, que ante esa pereza absurda tenemos la visión clara de los perjuicios que podemos acarrear. Precisamente el frío es el mejor aliado del piojo, porque al dejarnos dominar por esa pereza en la higiene personal, favorecemos el desarrollo del germen del piojo con el consiguiente perjuicio para nuestra propia salud.

¡Sanitario, la época del frío te impone un deber! Si tus razones o tu labor no son suficientes para convencer a cualquier soldado víctima de esta pereza, denúncialo a sus mismos compañeros, incluso a los Jefes y al Comisario de compañía, para que la autoridad de la disciplina le obliguen a comprender la realidad.

UN SANITARIO

La Sanidad y la moral del combatiente

Estamos en un Puesto de Clasificación, y como todos sabéis por aquí han de pasar gran cantidad de camaradas nuestros, que las balas o la metralla de los invasores ponen momentáneamente fuera de combate.

Todos hemos de esforzarnos en que estos camaradas se lleven una impresión mejorable de todos los que aquí estamos, al mismo tiempo que debemos poner todo lo que somos y lo que valemos en elevar la moral a los camaradas que lleguen a nosotros desmoralizados.

Hemos de ser como ese molino en el cual tenemos establecida nuestra trinchera, que recoge por un lado el trigo, y someténdole a diversas operaciones lo separa de todo lo que no es provechoso para nuestra salud, saliendo por otro lugar preparado para ser asimilado por nuestro organismo con las máximas garantías.

Así, pues, nuestro deseo ha de ser continuar la función del molino con la diferencia de que en lugar de ser trigo lo que en él se prepara sea la moral de los camaradas que por aquí pasan, con el fin de que cuando vuelvan a estar en condiciones de incorporarse a la lucha vayan fortalecidos de espíritu y hayan dejado aquí el lastre que hubieran podido recoger en momentos de desfallecimiento.

Por todo lo expuesto, hemos de comprometernos estrechamente, a fin de que cada uno de nosotros sea una pieza de este molino; nuestro entusiasmo será el lubricante que hará que el conjunto marche perfectamente y nuestro fervor antifascista será como la fuerza fluvial que hace que el molino funcione.

LLOPA.

S A N T I A G O R A M O N Y C A J A L

(Viene de la página 12)

que desarrolló en sus escritos literarios, los conceptos vertidos sobre los defectos de nuestra vida social, su liberalismo, su profundo amor a España.

No es difícil suponer de qué lado se inclinaría: si del lado de los invasores o del lado del pueblo que se abre a sí mismo los caminos de la cultura y lucha con las armas en la mano por la independencia de la Patria, por la paz de Europa, por la Humanidad.

No; no es difícil suponer de qué lado se inclinaría aquel gran patriota, aquel sabio europeo, aquel gran hombre.

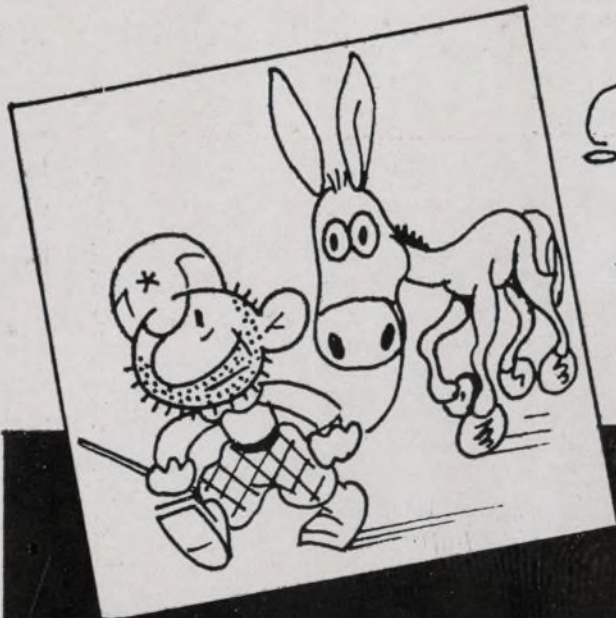
*

Queremos expresar desde estas páginas nuestro fervor por el maestro. Nos referimos específicamente a la Sanidad republicana, cuyos hombres se sienten ligados con Cajal. Hay entre nosotros —médicos, estudiantes, obreros— muchas personas que guardan dentro de sí el recuerdo del sabio. Alguno de sus últimos discípulos, muchos jóvenes histólogos cuajados merced al aliento, creador de su obra, trabajan hoy en las filas de la Sanidad popular.

Que estas líneas signifiquen el homenaje de toda esa multitud diseminada por los hospitales, equipos quirúrgicos, puestos de socorro, etc., que no olvida a Ramón y Cajal en el IV aniversario de su muerte.

B.

*De la artola, la instrucción,
acaba con emoción*



1 Con un mulo, a practicar,
va Canuto muy formal.

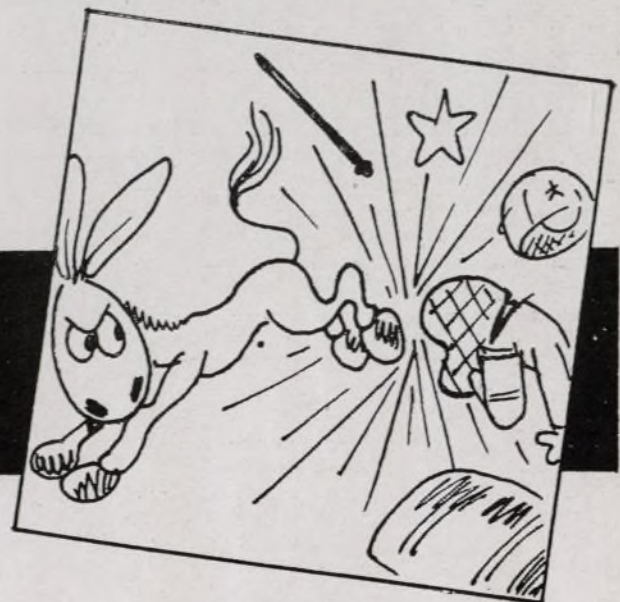
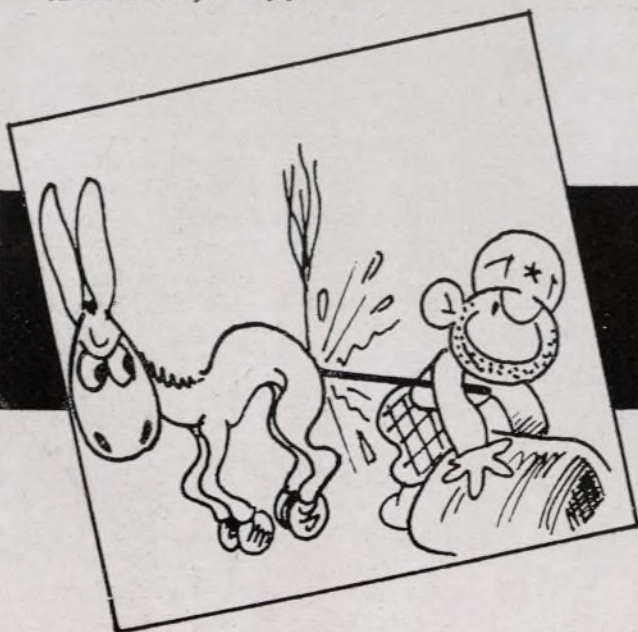


2 Ante la artola ha llegado
y a cogerla se ha agachado.



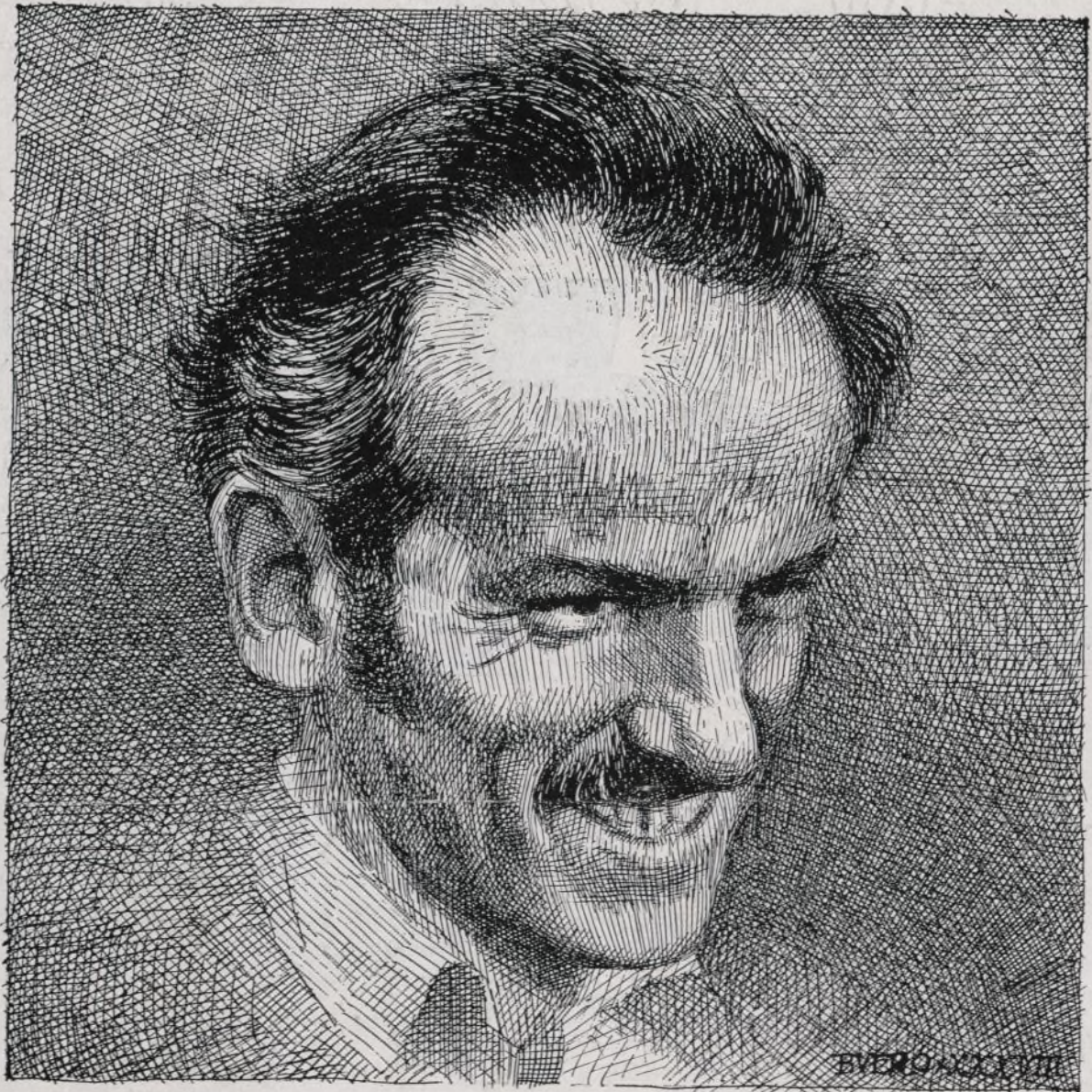
3 Pronto se da cuenta el mulo
que algo le pincha en el culo.

4 Piensa el mulo - «camarada,
la broma es ya muy pesada».



5 Canuto en esta ocasión ;
no terminó su instrucción.

¡Salud a nuestros internacionales!



TAMBIÉN la Sanidad los ha tenido. Entre aquellas legiones esforzadas que inauguraron el año 1936 su heroica ayuda al pueblo español, venían ya muchos futuros médicos y sanitarios de nuestra guerra. Conocieron las victorias y los reveses; cruzaron por todas las circunstancias, favorables y adversas, sin flaquear, con el ánimo en tensión y el cerebro en constante trabajo, con su admirable sonrisa optimista de hombres íntimamente seguros ante el sacrificio.

Nos ayudaron a crear esta Sanidad, que es hoy nuestro orgullo por lo que tiene de viva, de sólida y de progresiva. Hicimos juntos el mismo aprendizaje. A través de los frentes—Madrid, Brunete, El Jarama, Aragón—regamos con nuestra sangre confundida la misma tierra de esperanza. ¡Nunca olvidaremos a nuestros hermanos internacionales caídos! Heilbrum, Grozeff, Robbins, el sanitario Peter..., tantos otros.

Y ahora también se van los que han quedado. Os vais, queridos camaradas, a seguir quizás por el mundo vuestra noble cruzada. Te vas tú, camarada Goryan, que durante tantos meses inolvidables estuviste con nosotros;

tú, a quien la Sanidad tanto debe. Creador en el Jarama de la primera Escuela de Sanidad de vanguardia, alma de la Sanidad de primera línea en aquellas trincheras, coautor de dos libros admirables, hechos sobre la marcha de las experiencias diarias, animador de la VOZ DE LA SANIDAD en dos frentes distintos, trabajador incansable y alegre, gran jefe y camarada nuestro, en fin; tú que eras hoy, más que nadie, entre los de última hora, «nuestro internacional», también te marchas.

Nuestra separación no puede dar lugar a la tristeza, porque no es definitiva. Insignes españoles de honor, padres de nuestra independencia: mañana, un día cualquiera, estaremos juntos de nuevo, porque juntos estamos ya en el anhelo de una España libre, de un mundo liberado.

Recibe tú, camarada Goryan, en nombre de todos los internacionales que colaborasteis en la Sanidad española, nuestra emocionada y alegre despedida. A todos, vivos y muertos, a los que os vais y a los que ya no podrán partir nunca:

¡Salud! ¡Gracias!