

LA VOZ

de la

SANIDAD

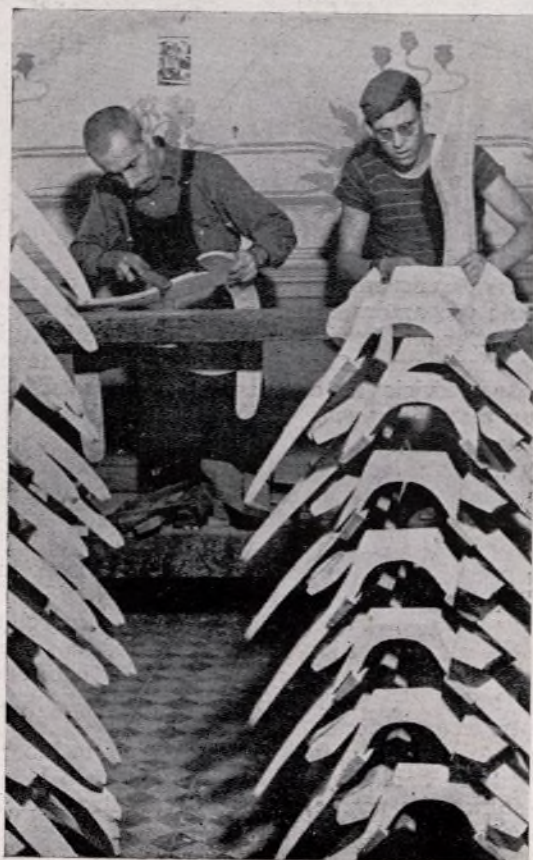
DEL EJERCITO DE MANIOBRA

S U M A R I O

¡Más deprisa!, *Editorial*.—Batallones de Sanidad, *J. Roig*.—Recuperación, *B. Santamaría*.—Nuestro Hospital de Evacuación, *R. Masero y J. Pastor*.—El problema de la reeducación de los mutilados de guerra, *Dr. M. Hodann*.—Enfermerías de recuperables, *Dr. Arranz*.—De la organización sanitaria del Ejército alemán, *O. Goryan*.—Visita a un taller de Valencia. — Estadística, *J. Recatero*.—Buzón. — Bibliografía. — Crónicas Sanitarias. — Los sanitarios dicen... — Una pintura de camilleros, *A. Buero*.

Pintura de Goya. Historieta de López Rubio.
—*Dibujos de Buero. — Fotografías de Hermann.*

En el taller de artolas.



AÑO I 31 DE MAYO DE 1938 NÚM. 6

¡ M A S D E P R I S A !

EL tiempo de reacción de nuestros reflejos es conocido; aunque es variable dentro de ciertos límites tiene una constancia considerable, y lo podemos medir a cada individuo sin gran dificultad. Contrariamente, el tiempo de reacción de nuestra conciencia es extraordinariamente variable y es más difícil de medir. Sin embargo, es más fácil de influir.

Vamos a intentar medirlo. Puede ser que al hacerlo logremos, en cierto modo, influir. Naturalmente, de acelerar es de lo que se trata.

Debemos decir que las reacciones se manifiestan en la mayoría de nosotros con un considerable retraso. No queremos meternos en casa ajena. Hablamos de nosotros mismos, de la Sanidad de nuestro Ejército en general y, particularmente, de la Sanidad de nuestra Unidad.

En los últimos meses la situación militar ha sufrido cambios considerables. La gran ofensiva de los invasores nos arrebató un gran trozo de territorio dividiendo la España leal en dos partes. Este hecho, al que se unen las enseñanzas que nos han dejado los grandes combates, nos permitía esperar cambios sustanciales en la organización de nuestra Sanidad, cambios que, sin embargo, no se han realizado hasta ahora.

De la reforma de las plantillas no se ve todavía nada. Y si una parte de las plantillas nos parecía ya hace tiempo alejada de la realidad, hoy nos parece mucho más.

La reorganización de la Sanidad del Interior ha sido, por los cambios territoriales, una necesidad elemental. A pesar de ello, no se ha verificado en este terreno ningún cambio importante.

La unificación de la Sanidad en el sentido de fusión de los pequeños grupos independientes en una organización única aun no se menciona.

No vemos nada de la reforma tantas veces pedida de la educación de los cuadros sanitarios.

Un trabajo encaminado hacia la creación de la industria sanitaria propia se echa de menos.

Una nueva política de mandos, que en los últimos tiempos ha hecho tantos progresos en el terreno militar, se deja sentir muy poco en la Sanidad.

La lista podría continuar...

Ha pasado mes y medio. El tiempo de reacción nos parece demasiado grande. No queremos, por ahora, examinar las causas de los retrasos de las reacciones. Sólo señalar el hecho.

Veamos cómo hemos reaccionado nosotros:

Las operaciones de los últimos meses han traído cambios constantes en la estructura de nuestras Unidades. Cuerpos de Ejército se han transformado en pocos días, realmente, en Divisiones y, al contrario, Divisiones han llegado a ser Cuerpos de Ejército. Las consecuencias en la organización sanitaria no eran siempre, ni mucho menos, adecuadas. La Sanidad de Cuerpo de Ejército no ha tomado nota de esta transformación, y ello ha dado lugar a que se acusen los inconvenientes de un escalón innecesariamente hipertrofiado. Por otra parte, nosotros no ayudábamos bastante a cubrir las necesidades surgidas en las Unidades aumentadas repentinamente.

Las exigencias de las operaciones han transformado Unidades móviles en Unidades de posición. Son muy pocas las Unidades que se han percatado de este cambio y sacaron las consecuencias. A decir verdad, la mayoría de nuestras Unidades realiza muy bien el trabajo sanitario durante el combate. Pero son pocas las que saben cumplir las exigencias diarias de una tranquilidad relativa.

No está en nuestras manos el aplicar la consigna de la nueva política de mandos en toda su amplitud. Las necesidades del momento nos han impuesto dar algunos pasos

en este sentido, los cuales no pueden considerarse suficientes.

La lista no está terminada...

*

Y no solamente las reacciones han sido lentas, sino que la manera de reaccionar muchas veces no ha sido la adecuada.

La eficacia de una consigna no consiste en su constante repetición. La consigna debe ser traducida al lenguaje de la acción de cada uno según sus posibilidades. Las consignas lanzadas por nosotros mismos se realizan insuficientemente y en ocasiones de una manera formal. Nos referimos, por ejemplo, a la de «Hay que crear una Sanidad económica». La puesta en práctica ha dado solamente sus primeros pasos en el orden material y avanzó muy poco respecto a personal.

La consigna fundamental del día para todos los españoles de «resistir», que nos marca el Jefe del Gobierno, hay que interpretarla precisamente realizando estas consignas parciales.

Hay que acelerar el ritmo de reacciones de nuestra conciencia. Reaccionar adecuadamente y, ante todo, con más rapidez. De esto se trata.

BATALLONES DE SANIDAD

POR J. ROIG

Nuestro punto de vista sobre los Batallones de Sanidad de los C. de E., distinto al del autor, creemos será sobradamente conocido por el lector, pues lo hemos expuesto ya más de una vez en números anteriores. Particularmente, remitimos al lector al artículo editorial del número cinco de nuestra Revista.

Desde el comienzo de la ofensiva facciosa en el Este, mucho se ha hablado de la necesidad o de la conveniencia de la existencia de los Batallones de Sanidad en los Cuerpos de Ejército.

Mi modesto parecer me ha inducido a exponer el criterio que ha emanado de la experiencia vivida al mando de uno de los Batallones de Sanidad, creados por Decreto del Gobierno de nuestra República.

El Batallón de Sanidad es necesario, mejor diría, imprescindible, y más aún en los momentos por los cuales atravesamos, en que la dureza de los combates llega a extremos inauditos de violencia y en los que la intervención de la Sanidad, más que nunca, se hace necesaria. Y es precisamente en esta intervención donde los Sanitarios que integran las distintas Unidades del Batallón de Sanidad han de demostrar su capacidad y poner su labor a la altura de las circunstancias. En la plantilla antigua de Sanidad existían una Sección de Artoleros, compuesta de treinta individuos y diez solípedos, una sección de camilleros y una motorizada. Naturalmente, diez artolas para las necesidades de una Brigada en los momentos efectivos del combate, no bastaban ni con mucho. Asimismo, treinta camilleros de enlace, desde el Puesto de Socorro de Compañía al de Batallón, eran insuficientes. Esta y otras causas fueron, sin duda alguna, las que motivaron el acertado criterio de crear los Batallones de Sanidad con personal procedente de los Centros de Instrucción y Reserva.

El Batallón de Sanidad es el «puente» por el cual el soldado movilizado, ignorante de todo lo que se relaciona con la Sanidad y con la labor a desarrollar por la misma en campaña, pasa del Centro de Reserva al frente.

En el Batallón, el soldado hace vida de campaña. Se le encuadra en la Compañía que mejor se adapte a sus cualidades físicas e intelectuales. En las Escuelas Sanitarias del Batallón adquiere los conocimientos generales y esenciales de Higiene, Fisiología y Anatomía, vendajes, clases de heridos, etc., conocimientos que, en el transcurso de la campaña, han de serle utilísimos.

«Hace falta iniciar una labor de educación y reeducación sobre los sanitarios de todas nuestras Unidades», ha dicho en uno de sus acertados artículos nuestro Jefe de Sanidad del Ejército de Maniobra.

Y es que muchas veces la realidad se encarga de confirmar que no basta confiar a un táctico preconcebido el éxito de una operación. La inventiva, la moral combativa, el espíritu imprimido constantemente del cumplimiento del deber, debe impulsar a los oficiales y soldados de Sanidad a realizar la más bella labor de la guerra.

El Batallón tiene, pues, razón de existencia. Los hechos confirman en tesis irrefutable la hipótesis de su imprescindibilidad.

Los sanitarios encuadrados en sus secciones diversas, eficientemente preparados, pasan a la División en primera línea a prestar sus servicios. Si el teatro de la lucha tiene un escenario montañoso, la División no tiene por qué limitar sus servicios de evacuación en artolas. El Batallón, en su plantilla, puede surtir a la División con el fin de asegurar la rápida y total evacuación.

En terreno llano, las circunstancias exigen la evacuación en camilla. Los artoleros no son, pues, necesarios. En el caso de la plantilla antigua, la División no puede atender a la evacuación por carencia de elementos, pero el Batallón proporciona asimismo el número conveniente de camilleros, asegurando el transporte de los heridos.

Y una vez cumplida su misión, los sanitarios se reintegran a su base en el Batallón, donde nuevamente se procede a su instrucción y educación sanitaria, cubriendo las posibles bajas y encuadrando nuevamente al personal para futuras operaciones.

Sólo de esta manera es posible lograr que la labor a desarrollar por la Sanidad en Campaña sea todo lo eficiente que se necesita para el triunfo de nuestro Ejército y la gloria de nuestra República.

RECUPERACION

POR B. SANTAMARIA

No es nuevo el tema que nos ocupa; por el contrario, se ha barajado mucho, se le ha considerado importante, pero no se ha llegado en él donde debió llegarse, y, por tanto, sus beneficiosos resultados no han tenido la importancia que debieron.

En su aspecto general, la recuperación existió casi desde el comienzo de nuestra lucha.

Fué en el sector del Centro, o más concretamente, en Madrid, donde se inició y donde ha tenido y tiene mayor efectividad.

Pero aquella recuperación de un principio fué, más que recuperación, rescate—en muchas ocasiones temerario y heroico—de materiales, maquinaria, herramientas, etc., existentes en zona de guerra.

La falta de primeras materias o el agotamiento de productos no se había dejado sentir: La magnitud y duración de la guerra nadie la suponía, en principio, tal y como en la actualidad se nos presenta.

Fué, o mejor dicho, ha sido necesario que esto ocurra para que, colocada en el plano que le corresponde, se vea, en su aspecto económico, la importancia que tiene para nuestra economía nacional.

Circunscribiéndonos a la parte que nos corresponde, esto es, a la Sanidad, haremos una vez más hincapié sobre este asunto, en espera de que, tenido en cuenta por todos, llegue a ser una realidad.

«Hay que crear una Sanidad más económica», decía nuestra Revista en su número anterior; nada más justo. Pero no se crea con despilfarros y mala administración; se crea con el sacrificio de todos, con el trabajo, con el interés y con la buena voluntad de todos.

Es necesario que cooperemos a la creación de esa Sanidad más económica, estableciendo un perfecto servicio de recuperación de material sanitario.

Pero esta labor no es de uno ni de varios; debe ser todo lo amplia que su importancia requiere. En ella han de colaborar desde el camillero de compañía al Jefe de Sanidad del Cuerpo de Ejército; desde el sanitario o enfermero de un Hospital hasta el Director del mismo.

Ha de abarcar desde el simple palo de camilla hasta el Auto-Quir; desde la venda al aparato de Rayos X.

Frecuentemente ocurre no poder armar camillas por falta de palos, mientras en otra parte no pueden ser armadas por rotura de pieceros o deterioro de la lona.

Con un servicio de recuperación efectivo, esas camillas, combinados sus componentes, no hubiesen estado, en su totalidad, inactivas, en espera de arreglo o desechadas del servicio por incompletas.

Ocurre a menudo que, con motivo de relevos o desplazamientos de Unidades, queda abandonado, bien por considerarlo inservible, bien por olvido o negligencia, material sanitario que, siendo innecesario a la Unidad que lo recoge, queda en ella depositado como reserva. Ese material, objeto de recuperación, no cumple, almacenado,

misión alguna, si no que, por el contrario, impide en muchas ocasiones poder dotar a otras Unidades del correspondiente o necesario.

Es también corriente ver tirados por el campo o sirviendo de objetivo a una pedrea frascos y botellas de diversas procedencias, en tanto que en ocasiones no es posible fraccionar una garrafa de alcohol, agua oxigenada u otro producto cualquiera por falta de envases de este tipo.

En más de una ocasión hemos podido ver destinado el material sanitario a usos diferentes a aquellos para los que lo fué primeramente: unas veces porque, abandonado por quien lo tenía bajo su custodia, cae en manos que, desconocedoras de su empleo, lo utilizan en lo que creen más conveniente, y otras veces porque, aun conociendo su empleo, se da, por propia voluntad, distinto destino al que se tiene ordenado. La bolsa de socorro, convertida en mochila o bolsa de costado; la garrafa que no se devuelve al depósito de procedencia para destinarla, en



Nada que sea útil para nuestro Ejército debe perderse.

cambio, a la compra de vino; el bisturí desechado prematuramente para destinarlo a simple raspador, etc., son casos observados con relativa frecuencia, pero que en su mayoría llegarían a evitarse estableciendo un amplio servicio de recuperación con la estrecha colaboración de todos.

Esta labor de recuperación debe iniciarse en las Compañías, siendo centralizada la totalidad del material recuperado por todos los sanitarios de aquéllas en un responsable nombrado por Batallón, que, a su vez, de acuerdo con los demás de su Brigada, haga que todo este material llegue al Depósito de Sanidad de nuestro Ejército lo más rápidamente posible para proceder a su clasificación, reparación y nueva distribución. Por lo que se refiere a los hospitales, también deberán nombrarse responsables de la recuperación en cada uno de ellos, encargados de efectuar ésta de manera semejante a la ya expresada.

La calidad del trabajo de cada Unidad debe medirse tanto como por el criterio de lo realizado en otros sentidos, por la efectividad de la labor de recuperación.

Nuestro Hospital de Evacuación

POR R. MASERO Y T. PASTOR

Las circunstancias de la guerra nos han llevado a desempeñar trabajos diversos cerca de nuestras formaciones hospitalarias, y entre ellas en nuestro Hospital de Evacuación. Por ello, aun no siendo mé-

dicos, queremos dar aquí algunos datos e impresiones sobre éste, de contenido interesante a nuestro modo de ver. Los cálculos y estudios que a continuación damos no pretenden ser más que un informe preliminar profano que los técnicos pueden completar.

Un hospital de convalecencia se transformó de un día para otro—debido a los movimientos del frente que nos trajo la guerra, y a pesar de las dificultades con que lógicamente se tropezó para ello—en Hospital de Evacuación, dotado de alguna de las características de un Hospital de Campaña.

Hemos tomado el término de tiempo de un mes—en el que, precisamente, fuimos objeto de una de las más duras ofensivas del enemigo—para una visión de conjunto de este Hospital de Evacuación: Del 12 de abril al 12 de mayo.

Empezaron su labor cinco Equipos Quirúrgicos, pero pasados unos días de la transformación del Hospital, dos de ellos tuvieron que desplazarse a otras formaciones, quedando, por tanto, el Hospital de Evacuación con el servicio de los tres Equipos restantes.

Unificamos nuestros servicios con una formación hospitalaria de un C. de E., que actuaba a muy pocos kilómetros de nuestro Hospital. También acogimos a un pequeño Equipo compuesto por un médico, dos practicantes y seis sanitarios, los cuales estaban bajo las órdenes de Defensa de Costas, y que, por las mismas causas que los anteriores, habían llegado a nuestro Centro.

El rendimiento del primero de estos Equipos fué francamente bueno, como podíamos esperar de un personal ya acostumbrado a recibir heridos procedentes de fuertes combates. En lo que respecta al segundo, su rendimiento fué, en cambio, muy pobre. Personal falto de experiencia por haber vivido la guerra en un pueblito muy tranquilo de la costa, donde, según ellos, les habían mandado montar un Puesto de Clasificación de Costa (!) cuando las primeras líneas estaban aun a 200 kilómetros...

Hubo que prescindir de ellos a los pocos días, pues su falta de práctica en curas, triage, etc., llegó a originarnos alguna vez graves trastornos.

Reorganizamos entonces la sala de triage, montando un Equipo Quirúrgico única y exclusivamente para poder diagnosticar claramente las heridas graves y leves, y un cabo con veinte sanitarios para el transporte de heridos desde el triage a los pabellones. Este Equipo hacía guardia de veinticuatro horas, y además de operar los casos urgentes, enviaba los demás heridos para que fuesen intervenidos por los Equipos Quirúrgicos restantes, según las clases de heridas. Por ejemplo:

El Equipo del Dr. A. solamente recibía vientes.

El Equipo del Dr. B. recibía exclusivamente miembros.

Así es que cada uno de los Equipos ha trabajado en su especialidad, pudiendo desarrollar su ciencia dentro del terreno elegido, no siendo en las grandes aglomeraciones de heridos, en las que, además de intervenir sus casos, intervenían también todos los demás.

Ha habido día en que se han clasificado y curado más de 300 heridos en un término de dos horas posterior al combate. De éstos, 50 hemos dejado hospitalizados para ser operados unos, y otros para ser recuperados en breve plazo. El resto, o sean 250, pudieron ser evacuados directamente desde la misma sala de triage al tren que debía llevarlos a hospitales del interior, sin que hubiese necesidad de hospitalizarlos en nuestros pabellones, con lo que hubieran ocupado un número de camas que en aquellos momentos nos eran muy precisas. De este modo empezaron a encauzarse las evacuaciones hacia el interior, y se llevaron de tal manera, que nunca una congestión de la capacidad del hospital impidió recibir los heridos y enfermos del frente.

Este servicio de evacuación ha alcanzado un 87 por 100 sobre el total de ingresos, y si queremos completar el tope máximo, tendremos un 11 por 100 de recuperados en el corto plazo de seis días y un 2 por 100 de fallecidos (Gráfica I).

Obtendremos un espejo más fiel de la recuperación conseguida si diferenciamos la cifra en porcentaje de heridos y enfermos. Tenemos que, del global de ingresos, el 73 por 100 fueron heridos y el 27 por 100 enfermos (Gráfica III). De esta forma, el cálculo de recuperados podríamos aplicarlo más bien sobre el total de enfermos, y sacaríamos el 45 por 100 (Gráfica II).

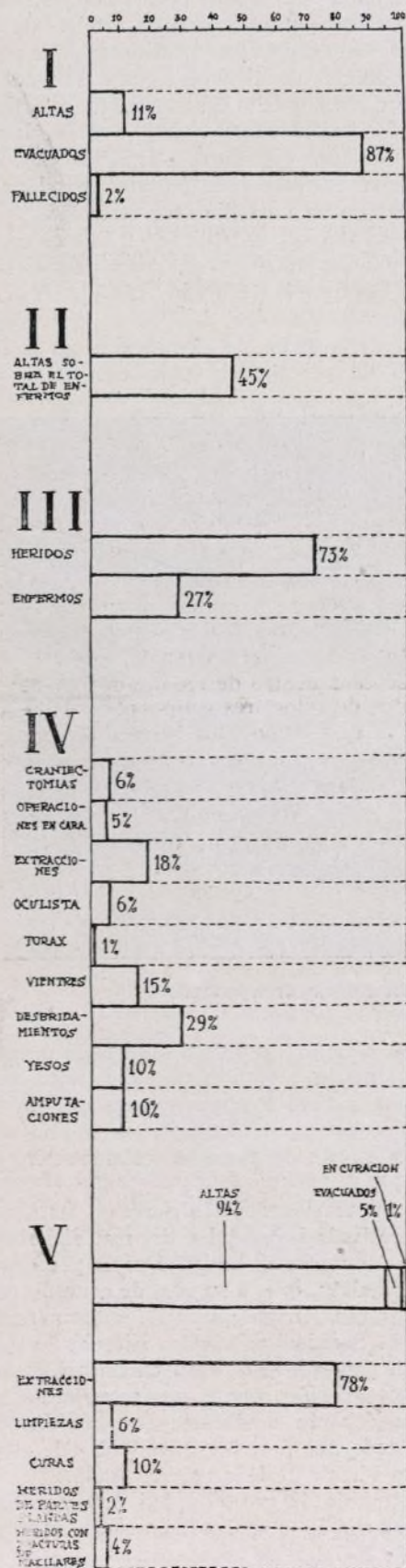
Los porcentajes de recuperados ofrecen entonces, según hemos visto, el resultado satisfactorio de una recuperación de enfermos considerable; pero, por otra parte, nos dan un número desagradablemente pequeño de heridos recuperados. La mayor parte de los recuperados han sido enfermos, porque una herida, por muy leve que sea, necesita, por lo general, más de seis días para su curación, y es lógico que los heridos fuesen siempre evacuados, a pesar de ser leves. No podíamos congestionar el Hospital por la afluencia directa que teníamos de los frentes.

Vemos, pues, bien claro la elevada importancia que tiene el contar con una Enfermería, no muy retirada del frente, dedicada única y exclusivamente para la recuperación de enfermos en un plazo de diez a doce días y a la que podríamos fijar una capacidad de 180 a 200 camas.

El 11 por 100 de los heridos ingresados necesitaron la intervención quirúrgica. La labor de nuestros Equipos Quirúrgicos, cuyo trabajo durante esa corta época de nuestros cálculos siempre estuvo en tensión, se puede apreciar en la Gráfica IV.

Los quirófanos han funcionado, a nuestro juicio, bien. Estos casos de interven-

(Pasa a la página 10)



El problema de la reeducación de los mutilados de guerra

POR EL DR. MAX HODANN

Reeducación significa la suma de las medidas tomadas para capacitar una vez más, en su antigua profesión u otra nueva, a todos estos hombres que son incapaces de desempeñar su profesión anterior como consecuencia de una mutilación física o psíquica.

Es claro que ese problema no es solamente un problema de guerra. Por eso no está limitado a mutilados de guerra. También en tiempo de paz la reeducación tiene su importancia, considerando las necesidades de lisiados o inválidos por faltas innatas o accidentes del trabajo. La reeducación en el tiempo moderno ha sido un problema de la asistencia social, al contrario de tiempos pasados, en los cuales los lisiados no tenían ninguna significación más que la de mendigos profesionales.

Ya el profesor Bastos dijo que la palabra invalidez tiene una atmósfera de tipo emocional. Tales emociones y sentimientos del hombre capaz hacia el hombre incapaz y gravoso a la economía política tenían que dar lugar a las obligaciones públicas con respecto a todos los lisiados o mutilados incapaces de incorporarse a la vida social apropiada a su afección física o psíquica.

En tiempos de paz, en los ensayos de reeducación, «casi siempre—como dijo el profesor Bastos—hemos obtenido inmejorables resultados en los niños y fracasos en los adultos». Al mismo razonamiento llegó el profesor Biesalski, cirujano ortopédico alemán, al organizar en el año 1909, por primera vez, un censo de los jóvenes lisiados en Alemania, cuyo resultado se publicó en el mismo año con un sumario respecto a los establecimientos de asistencia social para lisiados. En 1915, el citado profesor Biesalski publicó su libro *Cuidados para mutilados de guerra* (Kriegskrüppel-Fürsorge). Después de aparecer este libro, su experiencia de la vida «civil se aplicó, por primera vez, a los problemas de guerra, y, desde luego, podemos referir a esta fecha el considerar la reeducación de mutilados de guerra como un sector científico particular de la medicina quirúrgico-ortopédica.

No es necesario probar, desgraciadamente, que la guerra produce muchos más mutilados que la paz. Por eso el problema de la reeducación gana una significación acrecentada para nosotros en la guerra actual. Y después de casi dos años de hostilidades, me parece urgente discutir ese problema a fondo.

El problema de la reeducación de mutilados de guerra tiene dos aspectos: uno psicológico y otro económico.

Desde el punto de vista psicológico, una regulación del problema de la reeducación y asistencia social de mutilados de guerra es de la más alta significación para la moral del frente. La capacidad del soldado para resistir se afirma con la seguridad creciente en su conciencia de que, en caso de herida o mutilación, el Estado le asistirá en el problema de su reeducación para la vida social. Por otra parte, las condiciones psíquicas para la reeducación son mucho más favorables en el caso del mutilado de guerra que en el del lisiado adulto. Nuestros camaradas en el Ejército son, de día en día más, soldados políticos; quiero decir, hombres conscientes. Saben que su misión no ha terminado aplastando a los fascistas, sino que después de la guerra, y aun hoy, será necesario concentrar todas las fuerzas físicas y psíquicas para la realización de una política constructiva, estableciendo una nueva España. Por eso la actividad, el factor subjetivo, será más favorable en la reeducación de mutilados de guerra de lo que podría ser en casos de lisiados adultos del

tiempo de paz. Es una experiencia indudable que la posibilidad de la reeducación depende mucho en todos los casos de la voluntad del herido mismo. Su actividad tiene que secundar los esfuerzos del médico y del maestro reeducativo. Esta actividad del herido, como factor importante e indispensable de la reeducación, forma también una condición favorable desde el punto de vista económico.

La experiencia de la guerra mundial nos ha demostrado que los gastos públicos de la asistencia social para los mutilados de guerra son enormes en todo caso. Por eso es necesario disminuir esos gastos, sin el menor perjuicio para los mutilados, con el producto del trabajo de los mismos. Pero esta regulación es también para el provecho del herido. Todos los mutilados vivirán más contentos del producto de su propio trabajo que siendo dependientes solamente de limosnas o de pensiones. Tenemos que crear las condiciones de realización de una vida productiva para nuestros camaradas heridos.

Esta realización depende de dos condiciones:

La primera condición comprenderá la parte técnica; quiero decir la recopilación de toda la experiencia correspondiente a la producción de aparatos apropiados para la productividad del mutilado, sin olvidar la experiencia pedagógica de las reacciones de los mutilados en el proceso de reeducación, observadas después de la guerra mundial. Es menester una estrecha colaboración entre el médico cirujano, el pedagogo y el artesano ortopédico. Ayuda médica, influencia pedagógica y experiencia técnica tienen que ser combinadas en el interés de cada caso de reeducación. Por eso cada centro de reeducación tiene que poner representantes de estos tres grupos de colaboradores, sin olvidar el cuarto grupo: los heridos mismos con su propia actividad, experiencias y sugerencias.

No debemos limitarnos solamente a los casos de amputados que podrían parecer los más urgentes. La reeducación, en el sentido tratado, corresponde también a todos los casos en los cuales observamos parálisis de unos u otros músculos o articulaciones anquilosadas. También estos casos de disminución de la capacidad física tienen que ser estudiados bajo el punto de vista de reeducación. Hasta ahora los problemas técnicos han sido olvidados casi absolutamente. Solamente funcionaban algunos pe-

UNA ESCENA DEL FRENTE



Recepción de heridos.

queños talleres como el que existe en la base de los Hospitales de Murcia.

La otra condición para realizar el problema reeducativo corresponde a la parte de organización. Será necesario:

Primero. Buscar y reunir artesanos expertos que tengan bastante experiencia de la construcción de aparatos ortopédicos, también bajo las condiciones difíciles del tiempo de guerra, junto con trabajadores ayudantes (zapateros, cerrajeros, herreros, silleros, etc.).

Segundo. Consecución de la materia prima para la construcción de estos aparatos.

Tercero. Fundación de centros reeducativos con talleres para reeducar los heridos en distintas profesiones, combinados con la posibilidad del tratamiento quirúrgico-ortopédico, colaborando, como decimos anteriormente, médico, pedagogo y artesano.

Cuarto. Establecimiento de talleres para la construcción de las prótesis en contacto con los Centros reeducativos.

Quinto. Preparación de un censo, en primer lugar, de los amputados de nuestro Ejército y examen de todos estos casos con respecto a su capacidad de reeducación profesional.

Preparando, en último lugar, el licenciamiento de los mutilados de guerra para la vida civil, será necesario crear quizá disposiciones para la asistencia social en interés de todos estos licenciados, correspondientes a las disposiciones de la ley de accidentes del trabajo de 1932, una de las más revolucionarias leyes de la vida social.

Se comprende que en este artículo no es posible explicar todos los detalles del problema de la reeducación. En lo sucesivo trataremos los problemas técnicos y administrativos, según nos lo vaya sugiriendo la experiencia particular que venimos recogiendo sobre estas cuestiones.

ENFERMERIAS DE RECUPERABLES

POR EL DR. J. ARRANZ

El hecho de haber montado dos Enfermerías de Recuperables, las dos con diferentes características, nos ha proporcionado una serie de enseñanzas que creemos que son de una utilidad práctica considerable.

Iremos exponiendo su funcionamiento, con las ventajas e inconvenientes de cada una de estas Enfermerías.

Una Enfermería, situada en X, con una capacidad de cien camas, funcionando administrativamente como unidad independiente (durante los doce días que funcionó esta Enfermería los frentes gozaban de una tranquilidad relativa).

En esta Enfermería, el número de entradas fué de 264. Entre estos ingresos había una cantidad pequeñísima de heridos muy leves. El número de altas dadas en esta Enfermería fué de 147. La cifra de enfermos recuperados alcanzó el 58 por 100, y el término de hospitalización osciló entre dos y cuatro días.

El tanto por ciento de recuperación alcanzado en esta Enfermería nos parece lo suficientemente elevado para que podamos sentirnos satisfechos de su funcionamiento.

A conseguir esta cifra de recuperación nos ayudó, de una manera eficaz, lo siguiente:

1.º Que los servicios de Intendencia funcionaron de una manera perfecta, consiguiendo que la alimentación de los enfermos fuera abundante y nutritiva.

2.º Que el Puesto de Clasificación, situado delante de esta Enfermería, al mismo tiempo que hacía la selección de los heridos hacía también la de enfermos, consiguiendo con esto que a la Enfermería de Recuperables no llegara ningún enfermo que pudiera tardar más de seis días en ser dado de alta.

Hubiéramos conseguido un funcionamiento mucho mejor de esta Enfermería si junto a ella hubiera funcionado un equipo de duchas y de desinsectación, y también si los médicos de batallón hubieran tratado las enfermedades venéreas en su Unidad y sólo hubieran evacuado los casos complicados.

Otra Enfermería, situada en D, con una capacidad de 180 camas, funcionando durante trece días y en plena ofensiva enemiga. Esta Enfermería estaba administrativamente ligada a un Hospital de Cuerpo de Ejército. Desde su instalación tuvimos a nuestra disposición un equipo de duchas y otro de desinsectación.

El número de entradas fué de 418 y la cifra de altas fué de 179 (44 por 100 de recuperación), oscilando el término medio de hospitalización entre los cuatro y seis días.

El que la cifra de recuperación alcanzada en esta Enfermería fuera menor que en la anterior, creemos que fué debido a lo siguiente:

1.º A que la alimentación de los hospitalizados fué bastante deficiente.

2.º A que el Puesto de Clasificación, situado delante de ella, no hacía selección de enfermos, y muchas veces nos vimos obligados a admitir enfermos y también heridos que necesitaban una hospitalización de más de diez días.

Analizando todos estos datos, hemos llegado a las conclusiones siguientes:

1.ª Las Enfermerías de Recuperación deben disponer de 150 a 200 camas, según el emplazamiento y exigencias de la campaña.

2.ª Al funcionamiento de estas Enfermerías debe ir ligado un equipo de duchas y otro de desinsectación.

3.ª El Puesto de Clasificación debe hacer una selección de enfermos, con el fin de que a estas Enfermerías llegue el menor número posible de enfermos que necesiten una hospitalización de más de ocho días.

4.ª Teniendo que mandar las altas a los Centros de Recuperación, que muchas veces no es paso obligado de las ambulancias que vienen de los Puestos de Clasificación, es necesario que estas Enfermerías dispongan de un vehículo para hacer el traslado de sus altas y evacuar cuando sea necesario.

5.ª A los médicos de batallón se les debe inculcar que las enfermedades venéreas las deben tratar ellos mismos y evacuar sólo los casos complicados.

De la organización Sanitaria del Ejército alemán

POR O. GORYAN

Carecíamos hasta ahora en absoluto de literatura moderna sobre la sanidad alemana. Conocíamos la organización sanitaria alemana durante la guerra mundial por el libro de Hofman, *Los médicos alemanes en la guerra mundial*. Ahora ha llegado a nuestras manos una obra capital: el libro de Borchard y Schmieden, *Cirugía de guerra*, editado en 1937. Es una obra colectiva de los especialistas alemanes más destacados. Por su estructura, por su forma exterior, se le debe considerar, al parecer, como un libro de bolsillo semioficial para el cirujano en la guerra. Es, en primer lugar, un libro sobre las especialidades quirúrgicas, de cuyas grandes calidades positivas, así como de algunos defectos que contiene, trataremos críticamente en números sucesivos. Ya de uno de sus capítulos, referente a la cirugía de vientre, tratamos en otro lugar de este mismo número.

También contiene algo sobre las cuestiones de organización sanitaria. Poco, pero interesante, de todas formas, para nosotros. Queremos tratar aquí concretamente de uno de sus capítulos, que atañe a la forma de organización de los primeros escalones sanitarios, elaborado por el profesor H. Coenen.

*

La sanidad de vanguardia alemana tiene las siguientes formaciones:

El *Puesto de Socorro* (*Truppenverbandplatz*), a un kilómetro próximamente de la línea. Las bajas se transportan a este Puesto por los camilleros. Posee las funciones de rectificación de cura, fichaje e inyección de los sueros antitetánico y antigangrenoso. Como se ve, este Puesto corresponde a nuestros Puestos de Socorro de Batallón, y en el ejército alemán también corresponde, por lo regular, cada uno de estos Puestos a un batallón. También se fusionan varios de estos Puestos cuando las circunstancias lo exigen.

Los medios de transporte—carros, ambulancias—no llegan, generalmente, hasta los mismos Puestos, sino que se instalan en un *Puesto de Parada* (*Wagenhalteplatz*) detrás de ellos, a distancia variable. De este punto se transportan los heridos a la siguiente formación, el *Puesto de Socorro Principal* (*Hauptverbandplatz*), menos los heridos leves, que se dirigen en grupos y por su pie al *Puesto de Concentración de Leves* (*Leichtverwundetensammelplatz*).

El *Puesto de Socorro Principal* es un escalón correspondiente a la División y está situado de seis a diez kilómetros de la línea. Según el autor, debe tener capacidad para el estacionamiento de varios centenares de heridos (!) durante algunos días. Posee la función de evacuación hacia la formación siguiente y un tratamiento quirúrgico de extremas urgencias—guerra de movimiento—o de primeras urgencias y aún más—guerra de posición—. El autor aconseja situarlo en pueblos y en edificios como iglesias, escuelas, etc., o en barracas apropiadas.

«El *Hospital de Campaña* (*Feldlazarett*) está situado de 15 a 25 kilómetros detrás de la línea, y es el sitio de estacionamiento de heridos más importante. Dispone de todo lo que caracteriza a un hospital bien instalado.»

Estos hospitales, en la guerra de posición, se transforman en verdaderos hospitales modernos. Se instalan también en los locales próximos, en pueblos, fincas, etc., generalmente. Evacúan al *Hospital de Guerra* (*Kriegslazarett*), o bien, por medio de trenes, a los hospitales de retaguardia.

*

Esto es todo lo que nos dice el profesor Coenen sobre el asunto. Naturalmente, esto no es completo. El libro no

está dedicado exclusivamente a la organización. Pero lo poco que dice es suficiente para nuestra orientación. Lo expuesto no es ni más ni menos que la organización sanitaria alemana de la guerra mundial. Claro; desde la guerra mundial los alemanes no han participado en ninguna otra guerra. El libro se terminó en enero de 1937. Por tanto, los autores no tenían la posibilidad de sacar sus experiencias de la participación de Alemania en la guerra española.

Hemos ya comparado sus Puestos de Socorro con nuestros Puestos de Batallón. En los Puestos de Parada tampoco hay diferencia fundamental con nosotros; también los instalamos cuando las ambulancias no pueden llegar hasta los Puestos mismos.

No es floja imposición para los heridos leves el verse obligados a recorrer a pie los muchos kilómetros que les separan del Puesto de Concentración de Leves.

La segunda etapa—Puesto de Socorro Principal—corresponde aparentemente a nuestros Puestos de Clasificación. Pero sólo a primera vista. ¡Montar un puesto de la enorme capacidad mencionada a unos seis kilómetros de la línea! Que intente hacer el autor esto en una guerra moderna.

El contenido quirúrgico de este Puesto en la guerra de movimiento corresponde al funcionamiento de los Equipos Quirúrgicos avanzados. En otras ocasiones hemos expuesto ya que estamos, por lo general, en contra de éstos. Pero lo estamos mucho más en la forma que el autor nos los presenta: una cirugía avanzada junto a los centenares de heridos a clasificar. Y lo que es peor: el Puesto de Socorro Principal, desde el punto de vista de una distribución de los heridos, no clasifica en absoluto. *Toda la corriente* de heridos sale de él automáticamente hacia el Hospital de Campaña. Por ello, las ventajas que podría traer la disminución de las etapas que esta organización tiene, por ejemplo, sobre la sanidad francesa, son anuladas.

Por lo que se refiere a los consejos del profesor Coenen sobre el lugar de instalación de todas estas formaciones, nos encogemos de hombros. El señor profesor no sabe nada, por lo visto, de la guerra totalitaria.

¿O quizás hace que no sabe?

UNA ESCENA DEL FRENTE



Traslado del herido en artola.

VISITA A UN TALLER

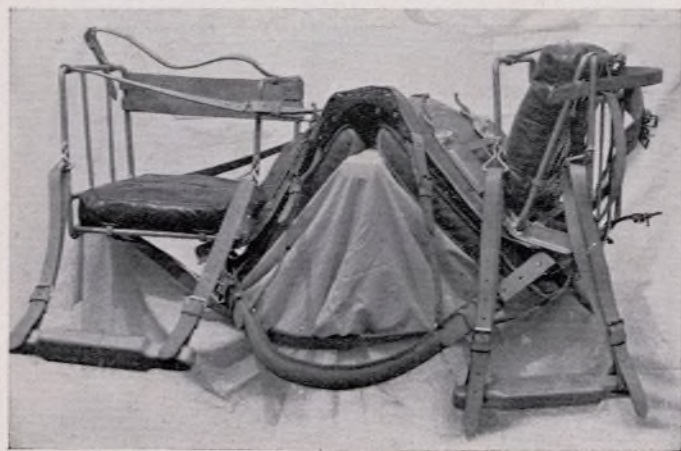
Un taller que se especializa

Este es un taller lleno de simpatía. Tiene todo el aire fresco y seguro de las cosas que se mejoran al calor de la lucha. Antes era una fustería donde trabajaban ocho personas. La lucha, que ha creado talleres nuevos y una nueva industria de guerra, lo ha convertido en una fábrica de artolas y camillas. Treinta obreros trabajan constantemente en su fabricación. Hacen toda la labor de herraje y madera para las bestias de tiro, pero es la Sanidad Militar la que se surte preferentemente de su trabajo. Artolas y camillas: material sanitario. Al fin podemos decir que también empezamos a contar con una industria sanitaria de guerra propia.

Fué el S. R. I. el que orientó y controló el trabajo de este taller en los primeros tiempos. Ahora trabaja independientemente, bajo la intervención de los mismos trabajadores. Y su trabajo es, sin duda, bueno. Y, además, único. Pues exceptuando un número limitado de artolas, que al comienzo de la guerra se hizo en los Astilleros de Valencia, este taller es prácticamente el único que las fabrica hoy en todo el territorio leal.

Un modelo de artolas, original

Hemos visto sus modelos. Las camillas—de las que llevan construídas unas 7.000—son del tipo standard, co-



Artolas de silla

de Valencia



También ellas ayudan a ganar la guerra

nocido de todos. Las artolas tienen interesantes variantes, que desconocíamos. Su baste no es el típico baste de tablas de dimensiones anteriores y posteriores iguales. Es una silla concienzudamente construída sobre el tipo de baste para transporte de máquinas en caballería, con un sistema de herrajes apropiados. Se adapta a los lomos del animal mucho más perfectamente que el baste reglamentario y su construcción, de madera forrada con refuerzos de hierro, es sólida y sencilla.

El modelo de artola es original de estos camaradas, y tiene numerosos detalles que lo diferencian de los clásicos. Quizá la diferencia más importante consiste en la solidez mucho mayor que ofrece el apoyo del asiento. Los que hemos manejado artolas sabemos cuál suele ser—en las literas, sobre todo—el punto

débil de estos artefactos: acaban por ceder en el eje de confluencia de los arcos de sostén y la superficie del asiento. Esto se debe a la extrema cortedad del brazo de resistencia de la palanca formada, pues el punto de apoyo del asiento está en este mismo eje. Las artolas que hemos visto en este taller tienen un cuadro de hierro bajo el asiento, donde descansa el punto de apoyo de éste a alguna distancia del cuerpo del animal. El brazo de resistencia es, por tanto, mucho mayor y la solidez aumenta.

Ignoramos el resultado práctico del modelo de estos camaradas; pero si, como parece, responde al cuidado e inteligencia con que aquél se ha ideado, podríamos vanagloriarnos los españoles de haber dado el último paso en el progreso de este trabajo técnico sanitario.

Los pedidos no faltan

—¿Cómo servís vuestros pedidos?

Un camarada del Comité obrero va contestando a nuestras preguntas. Están en relación con varias casas de guarnicionería, que rematan el trabajo del taller con su complemento de cuero y lona. Unas veces son estas mismas casas las que suministran a la Sanidad el material terminado. Otras veces son ellos mismos quienes lo hacen.

—Los pedidos no faltan—nos dicen. Ahora mismo tenían un encargo de Barcelona por valor de unos dos

millones de pesetas. Están gestionando su envío dentro de las nuevas condiciones que la ofensiva fascista ha creado.

También suministramos material de fustería—nos informan—a diversos parques militares: el de Valencia, el de Madrid...; en fin, vamos trabajando.

—¿Tropezáis con dificultades grandes en vuestro trabajo?

—La mayor está en la escasez de hierro; pero estamos autorizados para su adquisición, y hasta ahora hemos podido ejecutar todos los encargos. Y los seguiremos ejecutando, mientras podamos seguir sorteando estas dificultades de materia prima. De todos modos se deja sentir. Ahora tenemos un pedido de 75 artolas literas, y está algo retrasado por la dificultad de que te hablo. Pero ya procuraremos resolverlo.

Un ejemplo que debe imitarse

—¿Cuántos erais antes en el taller?

—Cincuenta y seis, exactamente. La movilización de reservas se llevó a muchos, y ahora somos treinta y uno. No obstante, el trabajo sigue perfectamente atendido, a costa de un mayor esfuerzo.

Hemos dejado a estos camaradas en sus talleres, y les hemos dado las gracias por la grata impresión que nos



Baste para artola

han dado de una industria sanitaria de guerra en marcha; una industria propia que ha empezado ya en esta fábrica y que debe mejorarse y multiplicar sus ejemplos.

ESTADÍSTICA

POR J. RECATERO

La estadística tiene dos misiones fundamentales en nuestro Servicio: 1.ª La de suministrar una serie de datos diarios de importancia militar a nuestro Mando. 2.ª Nos sirve para tener, de una manera objetiva y cruda, la verdad de la eficacia de nuestro trabajo y de todos los servicios a nuestras órdenes.

El primer aspecto es el de más fácil comprensión; gracias a él nuestro Estado Mayor sabe la disminución de los efectivos en un combate; el aumento de hospitalizados en las enfermerías indica que las Unidades están agotadas y necesitan relevo. No es esto sólo; el aumento de los heridos, por un agente agresor u otro (bala, aviación, artillería), indica también si nuestros soldados están mal o bien protegidos contra las armas enemigas.

El segundo aspecto, que para nosotros debe tener tanta importancia como el anterior, nos habla de nuestros aciertos o de nuestros errores.

Cuando estudiamos cuidadosamente una operación y la desarrollamos con arreglo a un plan, las estadísticas nos enseñan si éste fué acertado o no. Para ello nos son precisas no sólo las estadísticas globales de bajas; necesitamos también las estadísticas por regiones afectadas y las estadísticas de las defunciones en los Hospitales.

Con la crudeza de los números las estadísticas de los Hospitales, estudiadas aisladamente, nos dicen únicamente el tanto por ciento de mortalidad por cada región.

Pero esto es muy poco. Los heridos se mueren en los Hospitales o se curan en los mismos sin que podamos ni achacar todas las culpas a los cirujanos cuando la mortalidad es excesiva ni darles todos los galardones cuando la mortalidad es pequeña. Un herido penetrante de abdomen, para ser operado con garantías de éxito, requiere: a), una evacuación rápida de primera línea; b), un triage perfecto en el Puesto de Clasificación que le separe del resto de los heridos leves y le evacue inmediatamente al Hospital donde ha de ser intervenido; c), una clasificación rápida y directa en el Hospital; d), un técnico competente; e), unos cuidados postoperatorios; f), evacuación cuando su herida se lo permita (cinco o seis días). Es decir, que la estadística es y debe ser interpretada no por los cirujanos, sino por los Jefes que realicen las operaciones, que son los únicos que están en condiciones de hacer un análisis severo de su trabajo.

Por lo tanto, la importancia de la veracidad y rapidez en recoger las cifras indicadoras de nuestro trabajo es tal, que los Jefes de Sanidad que las descuidan muestran que no tienen un concepto claro de su misión.

El concepto alegre del período de milicias debe ser substituído por la exactitud sacada de las cifras, si queremos que nuestra Sanidad continúe por el camino ascendente que tenemos trazado, si queremos que esté a la altura de nuestro glorioso Ejército Popular.

Doctor A. N.—Camarada doctor: Nos has escrito verdaderamente una carta peregrina. Tus disquisiciones sobre los Puestos de Clasificación han tenido la virtud de sorprender a nuestra redacción en pleno. «No es realmente necesario todo ese jaleo», vienes a concluir. Te declaras interesado en los problemas de la organización sanitaria, que consideras hipertrofiada con esos Puestos que, según tú, retardan la llegada de los heridos a tus manos y, además, no clasifican nada, puesto que a tu hospital llegan heridos de tórax, vientre, cráneo, boca...; en fin, de todas clases. Nos hablas, además, de tus proyectos prácticos de organización, que no quieres—¡claro!—que te publiquemos, porque no te interesa hacer el figurante y que consideras no desacertados.

En tu carta se transparenta el hombre que no lee, el hombre que, en general, no se documenta. Seguramente no lo crees necesario: Tú te sientes en tu labor de quirófano como en el centro real de la Sanidad, y tus manos, al operar, te sumen en un espejismo fácil: crees estar enterado de toda clase de cuestiones de organización sólo por estar haciendo un trabajo que es el punto nodal de la ayuda sanitaria. Desde el quirófano edificas y prescribes toda la Sanidad, sin comprender que ves el problema en una sola perspectiva y, por lo tanto, erróneamente. Y tu seguridad de practicante—esa seguridad del hombre práctico como motor de organización—se agrava peligrosamente hacia un orgullo que prescinde de la lectura, de toda capacitación.

Parece ser que en Rusia se llama «practicismo mezquino» al trabajo rutinario, carente de voluntad de superación. Es una acertada manera de llamar al especialista feroz que, en fuerza de serlo, ni se preocupa de los adelantos de su especialidad, y no digamos ya de completar sus perspectivas políticas y humanas. Estudiar, leer... ¿Para qué? Sólo cumplir estrictamente la labor diaria. Y, a lo sumo, formular luego afirmaciones disparatadas.

¡Cuántos de nuestros médicos no leen! Imaginemos, tú y nosotros, un cirujano cualquiera de un hospital, un cirujano henchido de la orgullosa seguridad de su trabajo práctico. Ha mirado los números de nuestra Revista por encima y no se ha enterado de nada. Sólo recuerda el color que el último número lleva. En ocasiones ni aun eso. Ha podido leer artículos sobre el escalonamiento de las formaciones sanitarias, sobre los Puestos de Clasificación... No lo ha hecho. Tiene libros o puede pedirlos, pero no lo hace. Nada de literatura social; quizá solamente una insípida novela.

Este hombre se permite, desde luego, el lujo de quejarse por la falta de libros concernientes a su especialidad. Y cuando alguno llega a sus manos, ¿qué hace? Examina las ilustraciones...

Cada día coge el periódico y lee el Parte de Guerra, para quedarse al cabo de todo esto con esa única lectura diaria y siguiendo con sus absurdos conceptos—o con su falta de ellos—sobre lo que pasa en el mundo, sobre nuestra organización

B U Z O N

sanitaria, sobre la guerra misma e inclusive sobre su propia especialidad.

No lee. No leen. La misma causa que les lleva a ello les hace también prescindir de toda documentación. Son pasto fácil de las más lamentables confusiones políticas y de los más grandes absurdos técnicos sanitarios. Son un mal ejemplo. Su trabajo—«practicismo mezquino»—es cada vez peor y más estéril.

Camarada doctor, hay que leer. Recibe tú, por todos los que como tú son, esta consigna necesaria: es necesario leer, es necesario capacitarse en los muchos puntos de vista de nuestro trabajo; si no, no merece la pena de llamarse uno antifascista, ni doctor siquiera.

J. M., sanitario.—Te quejas de las pocas páginas de nuestra Revista que te interesan directamente. Te ríes con el «Canuto», lees la página «Los sanitarios dicen», te aventuras en las «Crónicas», observas las fotografías y después te encuentras sin fuerzas para apurar los artículos sobre Hospitales, intervenciones quirúrgicas y otros asuntos técnicos.

Llevas razón, en parte. Nuestro periódico sanitario no es un periódico exclusivamente para los sanitarios. Sólo una o dos páginas para vosotros, que sois la auténtica base de nuestra Sanidad; lo demás, según dices, está por encima de tu comprensión.

Pero hay una gran parte, camarada, en la que no llevas razón. Debes llegar a comprenderlo y obrar en consecuencia. Si suponemos un periódico sanitario de Batallón, es indudable que estará dedicado, en su mayor parte, a los problemas del sanitario. También un periódico sanitario de Brigada y aun de División tendrá varias páginas interesantes para los sanitarios. Pero, ¡imagínate un periódico de varias Divisiones, un periódico de Ejército! El deberá tocar y tratar todos los problemas de la Sanidad militar, puesto que es para

todos sus hombres y formaciones. Y, naturalmente, no deberá olvidar entre ellos a los sanitarios. Entonces ya no se trata de una o de dos o de todas las páginas; se trata de una cuestión de equi-

dad y de proporción. El sanitario, base de nuestra Sanidad, deberá tener en la Revista su parte, una parte menor. Y así es.

Pero tu carencia de razón tiene un sentido más profundo. Y es el que sigue: No es cierto, a pesar de lo que tú afirmas y de las justificaciones que te damos, que el resto del periódico esté por encima de tu comprensión. Sin que ese resto te concierna directamente, es asequible, no obstante, a tu inteligencia. Es una pereza por aprender que debes sacudir de ti la que te hace pasar sin leer toda esa parte del periódico. Recuerda que todos los caminos de la vida están abiertos para ti, y que sólo de tu esfuerzo depende el que mañana puedas llegar a ser algo más que un sanitario, un médico inclusive.

Y si no te interesan esas posibilidades, recuerda al menos la obligación moral que tienes ante todos tus camaradas de lucha de saber cada vez más y de ser cada día más útil.

Y si para ti puede ser interesante el estudio de las matemáticas o de los idiomas o de cualquier otra parte de la ciencia, ¿cómo no lo ha de ser mucho más para ti, un sanitario, todo el periódico de Sanidad y no solamente una o dos de sus páginas?

De ti depende, además, ya que no una extensión desmesurada de las páginas para el sanitario en nuestra Revista, sí su vitalidad constante. Si antes te sabían a poco, quizá fué más por la pobreza de aportaciones que por su extensión misma. Sea este un llamamiento para ti y para todos los sanitarios. No se debe pedir interés a una Revista propia si no se la ayuda activamente: colabora en ella.

De acuerdo, ¿no?

Equipo Guarinos.—Hemos recibido vuestra aportación, y os damos las gracias por ella y por el constante interés que manifestáis por nuestra Revista. Un saludo a todos los buenos camaradas de ese Equipo.

(Viene de la página 4)

ciones nunca se evacuaron hasta que el mismo cirujano que los operó los creyó en buen estado para poder soportar los posibles riesgos de ese traslado. Así, los médicos han podido seguir de cerca y estudiar el curso de sus mismos trabajos de quirófano.

Durante esta temporada funcionó también en nuestro Hospital el servicio de Odontología, con los resultados que se expresan en la Gráfica V.

Únicamente nos resulta muy desagradable el aspecto administrativo. Este funciona con su aparato antiguo, como un algo dependiente del Hospital Base. Necesitamos una intendencia fuerte, que pueda hacer frente a la necesidad del herido, y, por otra parte, que se desenvuelva dentro de las condiciones de acomoda-

ción al flexible problema diario que tiene un Hospital de Evacuación supeditado a las contingencias de un frente muy variable.

Para terminar: nuestro Hospital de Evacuación es algo más que todo lo que hemos expuesto. Las perspectivas políticas y culturales de nuestro antifascismo lo envuelven de continuo. Charlas organizadas por el Comisariado, veladas musicales, cursillos y conferencias de capacitación de enfermeras, sanitarios e inclusive médicos; toda esa necesaria faceta de nuestra guerra, anima cada día el fondo vital del Hospital y lo identifica con la general conciencia de lucha. Y en ese sentido, con su aspecto múltiple y completo de un Hospital del lado de acá de la guerra, es como nuestro Hospital de Evacuación es más auténticamente nuestro.

BIBLIOGRAFIA

Victor Schmieden.—**Die Kriegsverletzungen des Bauches** (Las heridas de guerra en vientre del Borchard).—V. Schmieden-Kriegschirurgie.—3.^a edición 1937.

Es uno de los capítulos mejor tratados, del cual puedo juzgar mejor, por ser lo que más he hecho durante la campaña actual.

El dato que más nos llama la atención en el momento es la terrible mortalidad que acusan, pero para ello es menester tener en cuenta que ni los métodos quirúrgicos de 1914 a 18 eran tan perfectos como ahora ni se llegó en ningún momento a emplear técnicas tan sencillas y faltas del excesivo baluarte medicamentoso que por aquel entonces empleaban todos los muy enterados de la cirugía.

Si nos atenemos a la mortalidad de la no guerra por aquel entonces, vemos que los enfermos de hígado, por ejemplo, presentaban una mortalidad muy superior al 50 por 100. Cifra que, gracias a las técnicas modernas, ha descendido aproximadamente al 5 por 100.

Por lo tanto, no nos debe extrañar que se les muriese el 70 por 100 hasta el primer hospital, máxime si además vemos lo tarde y lentamente que retiraban los heridos del campo de batalla.

Es aterradora también la cifra del 93 por 100 de mortalidad total en los heridos de vientre como cifra total; pero es que además del 70 ya mencionado tenemos que del 30 por 100 de supervivientes de la primera cura, por el mero hecho de la operación, se perdía el 77 por 100 de los intervenidos. Cifras que casi pudiéramos considerar inversas a las nuestras, a pesar de no haber llegado aún a un grado perfecto, ni mucho menos, de la cirugía abdominal.

Es curioso ver cómo de los treinta supervivientes del centenar quince mueren en el hospital quirúrgico, cinco en el hospital de etapa, dos en el lazareto y uno en su casa. Por estas razones consideraban ellos como cosa rara el tener supervivientes como heridos de vientre.

Las diversas estadísticas son muy semejantes: Así, dentro de los hospitales, Enderlen y Sauerbruch, de 227 intervenidos de vientre, 211 son laparatomías con lesiones y dan como curados el 44 por 100 (en el primer hospital, donde dábamos el 50 por 100, 15 de 30). Enderlen y Redwitz recopilan 3.851 casos operados con la mortalidad de 61'9 por 100, y la estadística inglesa da una mortalidad del 53'9 por 100.

Lo que no se puede hacer es las estadísticas de mortalidad por vísceras, como ellos nos aportan, ya que muy rara vez tenemos sólo una víscera lesionada.

Aconseja con toda justeza para el reconocimiento del herido el estudio de su orina (sangre), excremento y contenido gástrico (sangre también) y la percusión por si hubiera contenido peritoneal o aire. Con lo que no estamos conforme, a pesar de haberlo aconsejado numerosos autores, es con la punción peritoneal por si contiene sangre con heces el peritoneo. Nuestra opinión es contraria al autor por el peligro de puncionar un intestino con adherencias ya formadas.

Aconseja mucho la resección intestinal término terminal.

Hace un estudio muy metódico de la balística y heridas de vientre, recordando los trayectos que siguen las balas y lesiones que producen en los diversos órganos. También estudia las roturas por contragolpe y derrames que suelen producir con gran frecuencia.

El estudio de las hernias diafragmáticas y de pared es muy completo, pero para nosotros tiene menos interés, ya que lo vemos con muy poca frecuencia, no sé si por las técnicas modernas.

Da mucho valor al dolor provocado por tocar el vientre cuando está afectado peritoneo. Da veinticuatro horas para la presencia del meteorismo. La ictericia dice se presenta tardíamente varios días.

Describe la poca frecuencia de la muerte por hemorra-

gia en peritoneo, y, sin embargo, aconseja la limpieza metódica del peritoneo lavándolo incluso con suero fisiológico para no dejar sangre por temor a infecciones ulteriores, que pudieran criarse aprovechando la sangre caliente como medio de cultivo.

Sigue las líneas clásicas para abrir el vientre, no incidiendo por el sitio de la lesión.

Se preocupa mucho de las peritonitis ulteriores y deben tener una gran cantidad de eventraciones, ya que aconseja incluso una triple sutura con sobresutura de alambre sobre gasa.

El último capítulo que toca es el de las lesiones perirectales, que con tanta frecuencia supuran.

J. M. MADINAVEITIA.

Prf. Ciceri.—**La splanchnicotomie gauche selon Pende comme traitement electif de l'hypertension arterielle essentielle.** (*Presse Medical*, 1 septiembre 1937).

Empieza recordando a Pende, que señala la importancia que los nervios esplácnicos tienen en la regulación de la tensión arterial y la propuesta del mismo de la esplancnotomía izquierda y sus favorables resultados en los casos rebeldes a otro tratamiento (operación de Pende).

Presenta cinco casos clínicos muy documentados, en los cuales la curación ha sido completa, después de haber fracasado los métodos medicamentosos, adquiriendo tensiones normales después de la intervención y desapareciendo los fenómenos morbosos, permitiéndoles volver a sus ocupaciones habituales.

Hace siempre, y recomienda hacer, previamente la anestesia con novocaína del mismo nervio, para ver si está indicada la operación.

Cree que si otros cirujanos no obtienen estos resultados, o son más imperfectos, es debido a que operan casos con lesiones renales, cardíacas o arteriales avanzadas.

La técnica que sigue es la que preconiza Donati: la vía lumbar extraperitoneal. Posición renal con decúbito sobre el flanco derecho, incisión de 15 a 16 cm., que, partiendo de la línea paravertebral, cruza ligeramente en X el curso de la XII costilla, sección del gran dorsal y resección subperióstica de la costilla. Incisión de los planos siguiendo la dirección del lecho costal. La banda perirrenal se separa con la mano, y así, sin hemorragia, se llega a la XII vértebra dorsal, se separa la grasa del cuerpo vertebral y vemos los nervios esplácnicos que son levantados y seccionados en 1/2 cm. de longitud. Sutura por planos, dejando drenaje en el ángulo costovertebral.

Cree es suficiente seccionar solamente el izquierdo.

No comprende las críticas que Hermann y Sabadini hacen de este método, diciendo que los fenómenos ciertos de vasodilatación abdominal, hipotensión arterial inmediatas, debidas a la sección del esplácnico de un solo lado, son transitorias; que la secreción de adrenalina por el tejido cromafine del lado innervado es disminuida, pero no suprimida, y que los casos operados hasta ahora son poco demostrativos. Pero según el autor incurren en un error en su crítica al reconocer "que no hay duda que la esplancnicotomía ha mejorado grandemente un estado hipertensivo que había hasta ahora resistido a las otras terapéuticas".

¿No es el mejor elogio, dice, que puede hacerse a una terapéutica nueva contra una enfermedad que es rebelde a todo otro tratamiento? Fontaine, de Strasbourg, reconoce su poco peligro y su eficacia.

Termina diciendo que sus cinco casos demuestran que la operación de Pende es verdaderamente el método terapéutico de elección más decisivo en los casos de Hipertensión arterial esencial no complicada de lesiones anatómicas y de insuficiencia renal y cardíaca graves.

M. MONGE.

Pelagra y ácido nicotínico

Con respecto a la existencia de pelagra en la España leal por falta de vitamina B, una noticia puede ser de importancia publicada en el "Journal" de la Sociedad Médica de los Estados Unidos el día 22 de enero de 1938, sobre el tratamiento de pelagra con ácido nicotínico. Después de una discusión en la prensa médica desde el otoño de 1937, es ahora seguro que los trastornos nerviosos y la dermatitis y estomatitis desaparecen después de—lo más tarde—72 horas de tratamiento por boca de 0'5—1 g. ac. nic. diariamente, o'60 mg. parenteralmente—. En unos casos se observaron sensaciones de calor, parestesias de la piel y una disminución temporal de la presión de la sangre. Las investigaciones continúan.

M. H.

E. V. Powell. Terapia con Rayos X de neumonía lobularis. Journ. Americ. Med. Association, 1938, núm. 1, p. 19.

Durante los cuatro años y medio últimos el autor ha tratado 104 casos de neumonía lobularis, con Rayos X, 135 kilovolt., 3 m/m. filtro de aluminio. La mortalidad en estos casos ha sido menor de un 5 por 100. En casos de infección con pneumococo del tipo I, el tratamiento con Rayos X parece al autor mejor que el tratamiento con suero. La existencia de una leucopenia en casos de neumonías, después de una gripe, forma una contraindicación para la aplicación de los Rayos X.

*

Discutiendo el artículo del Dr. Powell, el Dr. Fred Hodges menciona que el 50 por 100 de casos de neumonía lobularis no son favorables para el tratamiento con suero. En estos casos el tratamiento con Rayos X será bueno.

Aunque las notas estadísticas deben tomarse con precauciones, el tratamiento de muchas enfermedades infecciosas con Rayos X está absolutamente fundado.

M. H.

Terapia química de infecciones bacteriales con Sulfanilamido. (Journ. Amer. Med. Ass., 29 de enero de 1938).

Desde el año 1935 se viene discutiendo en la prensa médica internacional la cuestión del tratamiento de infecciones bacteriales con sulfanilamido. Los resultados de estas investigaciones han sido tratados en un artículo editorial del semanario de la Sociedad Medical Americana: Sulfanilamido y los leucocitos. Las conclusiones son las siguientes:

1. El sulfanilamido es un medicamento muy efectivo contra infecciones con streptococo beta-hemolítico.
2. Una concentración de 1 : 100.000 es suficiente para

neutralizar o destruir las toxinas, mientras que los medicamentos utilizados clínicamente tienen una concentración de 1 : 10.000.

3. El efecto del medicamento parece ser, por eso, el de un antitoxino.

4. Hay pacientes de idiosincrasia especial en los cuales se desarrolla una granulocitopenia. Por eso es necesario examinar a menudo la sangre del paciente mientras se lleva a efecto un tratamiento con sulfanilamido para evitar los perjuicios que en ciertos casos han sido observados por algunos autores.

M. H.

R. Pflieger y F. Scholl. Diabetes y Vitamina C. Wiener Archiv für innere Medizin, 1937-31, oct. 31.

Utilizando el método de Harris, los autores hallaban, en la mayoría de los casos de Diabetes, un estado de hipo-vitaminosis. Se confirmó que en todos estos casos, sin modificar el metabolismo de azúcar, el ácido ascórbico mejora las condiciones generales. El cansancio desaparece, el paciente se encuentra mejor, la vitalidad se aumenta. Los autores demuestran la falta de vitamina C en el ordinario régimen para diabéticos y recomiendan la prescripción de ácido ascórbico como compensación.

M. H.

Segundo Congreso de Transfusión de Sangre. Celebrado en París desde el 29 de septiembre al 2 de octubre de 1937.

Las conclusiones del Comité sobre la cuestión de los grupos de sangre fueron: En los casos de donadores universales, la existencia de complicaciones utilizando su sangre no pudo ser confirmada. Con respecto a la conservación de la sangre, se confirmó que solamente la sangre del grupo O (nomenclatura de Dungen y Hirschfeld) debía ser coleccionada. La transfusión debía hacerse antes del desayuno. Para evitar accidentes anafilácticos sería necesario examinar clínicamente la sangre del paciente. El Comité de Hematología confirmó que en casos de anemia, forma de Biermer y otras, la transfusión es recomendable, sin ser un tratamiento específico. Como tratamiento profiláctico, la transfusión debe ser utilizada en todos los casos de hemofilia antes de una operación. Según el Comité de Organización, a pesar de la utilización del método con citrato de sodio, es conveniente trabajar en caso de guerra con sangre conservada. El Comité estableció que "un socorro de transfusión no puede ser organizado deprisa (!), sino que debería ser establecido en todas las grandes y pequeñas municipalidades".

M. H.

CRONICAS SANITARIAS

ORDEN DEL DIA



En el Equipo Quirúrgico de Pepe todo es alegría. Hay visita femenina y «de cumplido». Por ello se hizo por la mañana una orden del día apropiada a las circunstancias y se pegó en la pared del comedor:

ORDEN DEL DIA para el 15 de mayo de 1938 (Censurado).

En atención a nuestros visitantes, estará terminantemente prohibido:

- 1.—Rascarse, sea cualquiera la región.
- 2.—Usar interjecciones y vocablos inmodestos, tales como..., etc., de uso familiar.
- 3.—Llamarse vida o expansionarse.... (?).
- 4.—Comer con los dedos, limpiar los cubiertos en el pantalón, sacar las moscas con los dedos.
- 5.—Abolido el chiste SONDA.
- 6.—Pedir más comida con gritos incorrectos.
- 7.—Se recuerda a todos que el abastecimiento de la granja es secreto de E. M.
- 8.—Hacer cuadros durante la comida.
- 9.—Prohibido, a rajatabla, cantar o hablar de la sarna, pulcidos, trombicidos y pediculus en general, o refiriéndose a es-

pecios determinados a ilusionar a los pacientes.

10.—No se harán las inocentadas diarias y de rigor.

11.—El que hoy se use mantas, no implica que se use en días consecutivos.

12.—No meter los dedos o los codos en la comida, ni llenar el mantel de churres, pues esta noche tendrá que volver a hacer de sábana.

La Comisión de Saneamiento y Moral.

Bajo estos severos artículos, la mañana transcurre en un jolgorio moderado, y a la hora de comer las acostumbradas y cariñosas burradas se disminuyen sensiblemente. El Equipo Quirúrgico en pleno se siente orgulloso de su educación esmerada.

Y entonces llega Nerón. Aparece con

varios Jefes de Sanidad, en visita inopinada. Es la segunda visita del día. Nerón es el director de uno de nuestros periódicos de Brigada. Se presenta estrafalario y genial, como de costumbre. Su panza inefable, mal ceñida por unos pantalones rotos, se disimula apenas bajo los libres vuelos de una chaqueta de pijama. La máquina fotográfica en bandolera, una cartera en la mano y sobre la testa soberbia y romana, un descomunal chambergo de paja.

Nerón pide vino a voces desaforadas, y mientras bebe lee los estatutos de la liga de los Alcohólicos: una asociación rabelaisiana que anda perdida por todos los lugares del globo y que él, sin duda, regenta. Grandes carcajadas lo corean, y el público pasa por alto dos o tres chistes algo subidos de tono. Nerón se envalentona. Durante dos horas habla y bebe sin parar. Las espantosas gracias que dice hacen revolcarse al auditorio masculino y enrojecer hasta las narices al femenino. Entre tanto, el vino hace su obra callada y segura. Nerón ha necesitado una grúa humana de múltiples brazos para ser metido y bajado más tarde del coche. Pero, a pesar de su regocijo, la gente del Equipo Quirúrgico comprendió que Nerón había roto irremediablemente el comportamiento digno que ellos se habían trazado. Las visitas debían estar abochornadas. Había que encontrar una solución y se encontró: ¡taparon la orden del día!

EL TOTEM MORAL



Llegamos al Puesto de Clasificación del teniente Bofarull. Esce, ágil y nervioso, entra inmediatamente en situación como un actor supremo—un actor que vive hasta el fondo todos sus papeles—e intima con nosotros. Charlamos; sus palabras viven y bailan en el ambiente soleado de la oficina.

En aquel interior casi burgués, con sus sillitas, su mesa, la máquina de escribir, el reloj de pared—ese reloj consustancial del alma de Bofarull, donde él lee a cada momento las responsabilidades del día—; en ese interior sencillo y vulgar, el temperamento de Bofarull ha puesto una nota antivulgar, tan necesaria para él como el agua de beber.

Es una especie de perrera o camaranchón hecho con grandes piedras y troncos de madera. Está allí, en un ángulo de la habitación, y sus líneas toscas nos traen la sugestión remota y oscura de aquellos tiempos de dólmenes levantados por una pre-humanidad bárbara y sangrienta. Con sólo una veraz fotografía del cuartito hubiésemos tenido el perfecto cuadro subrealista, cuya mezcla de máquina de escribir, reloj de pared y cámara o «sancta-sanctorum» de piedra, superaría a la fantasía pictórica más audaz. Sin embargo, ante aquel

conjunto inexplicable, la conversación de Bofarull seguía tranquila y segura, como si tal cosa.

Miramos al interior de aquella perrera: nada. Un espacio escaso para dos personas agachadas.

Al fin nos decidimos a preguntar. El camarada Bofarull nos dice que aquello es «un totem moral».

Silencio. ¿Un totem moral...? Miramos al teniente sorprendidos. Aquella perrera de sabor prehistórico es nada menos que un totem moral levantado por obra y gracia de Bofarull.

Toda la tarde nos persiguió la sugestión del misterioso monumento. Bofarull tuvo que explicárnoslo de nuevo, más detenidamente.

«Cuando la aviación viene, a mí la gente no me corre por ahí fuera—nos dice—. Mis hombres tienen que portarse, y se portan. No les consiento extralimitaciones depresivas..., pero comprendo lo que puede pasar en el ánimo de muchos de ellos y procuro cambiar la posible reacción de tempestad de movimientos en una reacción de inmovilización. Mi totem ayuda a ello. Prácticamente no sirve de nada: una bomba lo deshace, y con él al que se meta dentro. Pero, ¿y su facultad de diluir el miedo? Para algo es un totem, un artefacto mágico.»

Así es Bofarull. A su férrea disciplina militar une la comprensión tierna de una madre. No es hombre sencillo: es un alma múltiple. Y por ello posee la intuición de lo patológico. Pero también posee a fondo la intuición del deber.

A su manera peculiar, ayudado, si es preciso, por toda clase de tótemes morales, trabaja en plan de guerra y hace trabajar a los que le rodean.

Y ahora, sabiendo para lo que sirve, y con toda nuestra simpatía hacia el teniente Bofarull, riámonos un poco de su singular perrera y felicitémosle por ella.

Y eso que se nos ha quedado dentro nuestra última y más interesante pregunta: ¿La ha utilizado ya alguien alguna vez?

ASI SE HACE

Nos encontrábamos a dos kilómetros de Forcall, en una casita en medio del campo, donde habíamos instalado el Equipo de Curación, y además teníamos unos 25 enfermos de la Brigada hospitalizados.

Por la tarde, nuestras fuerzas se replegaron ordenadamente hacia el pueblo, y entonces empezaron a llegar algunos heridos, que íbamos curando, sin darnos cuenta de lo que ocurría.

A pesar de ver cómo se retiraban las fuerzas, como nosotros no teníamos ninguna orden de marcha, y aunque los proyectiles de artillería estallaban muy cerca de la casa, permanecíamos firmes en nuestro puesto y entregados a nuestra labor.

Cargamos las dos ambulancias de que disponíamos, con el fin de evacuar rápidamente a todos los heridos, y nos quedamos sin ningún vehículo de transporte.

Empezaba a oscurecer. Las fuerzas ya se habían retirado casi en su totalidad—incluso nuestros tanques—, y nosotros permanecíamos aguardando órdenes. Al

fin vino la orden de trasladarnos hasta Forcall, y entonces se presentó la dificultad de transportar todo el material. Dejarlo era imposible; había que llevarlo de alguna manera.

Surgió de repente una idea, y la pusimos a la práctica inmediatamente. Arramos algunas camillas y colocamos encima todo el material de curación; nos repartimos entre todos los compañeros la carga, y emprendimos la marcha con el material a cuestas hacia el pueblo. Algunos compañeros se encargaron de trasladar a los enfermos.

Con toda la preciosa carga llegamos al pueblo, instalándonos en las primeras casas. Poco a poco volvíamos a reunirnos todos, y entonces nos dimos cuenta de que los utensilios de la cocina, y algunas cosas más que se habían tenido que abandonar por falta de material de transporte, faltaban. Nos miramos unos a otros tratando de hallar una rápida solución: Nos juntamos cinco, y resueltamente marchamos otra vez. El puente de la entrada de Forcall estaban preparándolo para volarlo, pero nosotros seguimos adelante.

En un recodo de la carretera encontramos nuestros tanques; algunos de sus ocupantes nos miraban extrañados. La carretera estaba desierta, pero nosotros seguimos adelante hasta llegar al punto de nuestro destino.

Con gran satisfacción pudimos comprobar que todo estaba intacto. Recogimos todo el material y algunas cosas más, y emprendimos otra vez la marcha hasta llegar a Forcall sanos y salvos, sin dejar abandonado nada del material. Todo se había salvado.

TONI TORRUELLA
Sanitario de la 116 Brigada



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

Los sanitarios dicen...

Los camilleros desfilan por un pueblo próximo al frente.



Queríamos que fuesen más sencillas...

Yo sólo quiero escribir unas cortas líneas sobre las charlas que varios camaradas médicos y otros nos han dado en nuestro Hospital de B. Me parecen muy bien y estoy muy contenta de ellas, pues ahora es necesario aprender todo lo que podamos. Y yo hablo con mis compañeras de estas charlas del Hospital y también les parecen muy bien.

Pero seguramente por nuestra incultura no llegamos a entenderlas muy bien, porque todos dicen palabras demasiado científicas y muchas cosas difíciles o cosas raras. Y por eso yo, y también mis compañeras, queríamos que las charlas fuesen más sencillas para que aprendiésemos nosotras también, como la charla que dió un capitán sobre el Estado.

Y por eso aprovecho la ocasión de poder escribir en LA VOZ DE LA SANIDAD, para poder decir lo que pienso de estas charlas.

UNA ENFERMERA

La enfermera y la mujer

El problema de capacitación que, con motivo de la guerra, se nos ha presentado, tiene ante la mujer un doble aspecto. La enfermera ha tenido que afrontar dos puntos: la capacitación exclusivamente técnica, o sea el conocimiento profundo de su labor, y la capacitación de carácter psicológico-sexual, que, como razón poderosa, ayuda siempre a la enfermera a cum-

plir con más celo sus deberes hacia el herido o enfermo.

Quizá un 90 ó 95 por 100 de nuestras actuales enfermeras de hospitales de guerra no estaban educadas, hace año y medio, en ninguno de estos dos sentidos prácticos. Sin embargo, cuando un herido o enfermo queda bajo la custodia de una enfermera, debe ser atendido con toda la amplitud que las exigencias momentáneas del herido requieren.

La capacitación en conocimientos útiles debe ser nuestra preocupación constante. Hoy podemos prestar una gran ayuda a nuestros hermanos de lucha. Mañana, si nuestra capacitación ha sido extensa, podremos ser también útiles a los órganos de la nueva sociedad que tenemos en plena construcción.

Así deben comprenderlo esas enfermeras inaptas y algo «cursis» que existen aún. No es posible que puedan atender las heridas del convaleciente, como deben ser atendidas, si miran aún a través de esa estúpida venda que ellas llaman «pudor». Si con toda naturalidad no pueden contemplar al herido o enfermo desnudo en la cama, ¿cómo es posible que puedan atenderle?

La enfermera que sabe ya curar y atender a un herido, la que está ya con una larga y provechosa experiencia de su labor, debe convertirse en maestra de la enfermera que empieza ahora a socorrer al herido y al enfermo. Se impone el sacrificio de la mujer en provecho de la humanidad y de ella misma, porque ella forma parte de esa humanidad que hoy lucha por su destino.

Esos tipos, diferentes en sí, pero internamente ligados, de capacitación para la enfermera, y, principalmente, en lo que afecta al problema psicológico-sexual, tienen que desarrollarse dentro de unos principios sanos de moral. La simpatía mutua por diferencia de sexo hace más agradable la labor de la enfermera y la convalecencia del herido o enfermo. Pero esa simpatía se troca en cariño en la buena enfermera. Cariño en el trato hacia el convaleciente, como el cariño de la madre hacia su hijo, como el cariño de un trabajador hacia su máquina de trabajo, hacia ese instrumento que todos los días ha de empuñar para dar provecho. Así, la enfermera siente cariño hacia sus heridos y es así como los atiende.

En un ambiente de principios sanos, la enfermera trabaja y aporta su beneficio a la guerra. Mañana, cuando la vida normal empiece a señalar nuevos destinos y horizontes, la mujer se verá más decidida que antes; se encontrará más capacitada, y junto al hombre podrá trabajar para el progreso, sin que la diferenciación de su sexo pueda señalar distintos niveles de cultura en la vida social.

J. P.,
Enfermera.

Nuestra labor sanitaria

Si analizamos claramente nuestra labor veremos que no es una misión de peligro, pero sí difícil y delicada.

Nuestra misión es delicada, porque de nuestros actos para con los heridos depende muchas veces el estado de ánimo y moral en que se encuentren.

Si al herido, cuando llega a nuestras manos, lo tratamos con el cuidado y cariño que se merece, no nos queda la menor duda que luchará mucho mejor en el frente, porque sabe que si cae herido le esperan camaradas sanitarios que lo tratarán siempre con cariño y solicitud de hermanos. Nosotros, los sanitarios, somos los que vemos con más claridad que nadie la espantosa crueldad de esta guerra, marcada claramente en la carne de nuestros camaradas que llegan del frente; viendo esto nuestros camaradas, casi no me explico cómo nos podemos contener cuando llega algún prisionero herido; pero en estos momentos olvidamos todo el odio que sentimos hacia ellos y lo curamos como si fueran heridos nuestros. Esto es una gran lección que le damos al fascismo, que debe aprender en ello el trato que debe dar a nuestros heridos y prisioneros.

UN SANITARIO

22 Brigada de Sanidad

(Del periódico mural del P. de C. de un C. de E.)

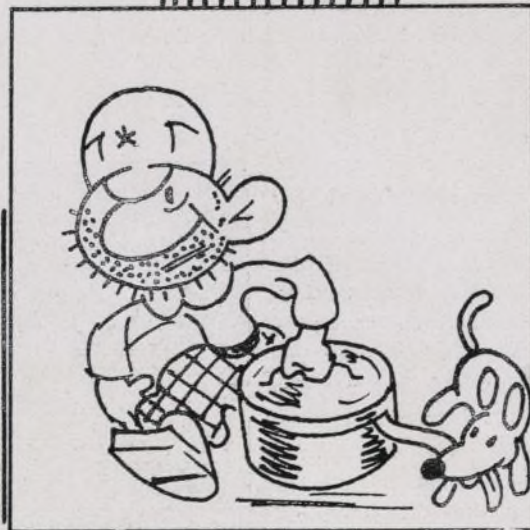


Bien dicho... pero se prohíbe escribir con esa hortografía.

Un perro coge la gasa
y aquí teneis lo que pasa



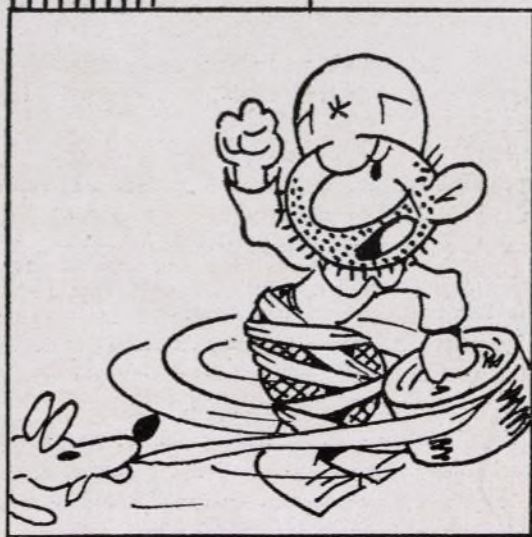
1 La caja iba mal cerrada
y una venda así colgaba.



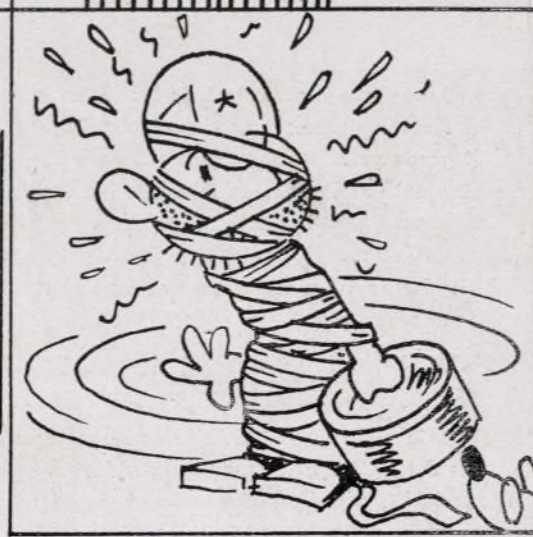
2 Un perrito juguetón
aprovechó la ocasión.



3 Y de la venda tirando
a Canuto va liando.



4 En torno de él vueltas daba
y aquello se complicaba.



5 Cuando el rollo ha terminado
Canuto así se ha encontrado.

UNA PINTURA DE CAMILLEROS

ESE grupo que forman la pareja de camilleros, el acompañante y el herido—o muerto—, avanza y se repite a través de los siglos. Al lado de toda obra humana, junto a las arquitecturas y las guerras, el grupo mínimo y doloroso, en torno a una vida humana truncada, surge de cada rincón del trabajo como un desecho más.

En Egipto, bajo la seca brasa del sol, la construcción de las pirámides debió producir muchos *desechos* así. La voluntad del dueño de vidas y trabajos condujo a su pueblo durante muchos años al choque agotador con la piedra dura. Multitud de generaciones fuertes se agostaron en el levantamiento de los túmulos, y los poderes del Estado soberano—el poder religioso, el poder del látigo—exigieron férreamente la sumisión de los músculos y el irremediable tributo de sangre. Los hombres, uncidos a las piedras, las subieron y las colocaron por miles. Trabajaron hasta morir entre el estrépito de los derrumbamientos y los gritos de las víctimas. El grupo doloroso que transporta al herido en el cuadro de Goya se formó muchas veces. Pero ni la pintura ni el Faraón—señor de pinturas, arquitecturas

y hombres—concedieron importancia a ese grupo que pasó muchos años en muda protesta bajo las moles inmensas de granito o junto a los gigantes inmóviles de los Espeos.

El grupo pasaba y los siglos pasaban. El grupo se formó y marchó junto al Templo de Diana, y junto a la tumba de Mausoleo, y pasó bajo las huecas agujas de las catedrales, y sobre los puentes a medio construir, y en los astilleros, y en los hornos de fundición, y en esos otros hornos terribles y mortales de las minas.

Y se formó también en todas las guerras.

Goya lo pinta en el primer término de uno de sus cartones a fines del siglo XVIII, cuando el ambiente de enciclopedismo y de revolución permite al fin aislar en las conciencias el errante grupo sanitario como una realidad pública que afrontar. Es una anticipación del tiempo romántico, en el que el grupo adquirirá valores y calidades superiores a los de la arquitectura que le sirve de fondo. El tiempo en que se opondrá su dolor individual al esfuerzo colectivo de que forma parte.

Por lo pronto, Goya nos da esta escena sanitaria, a la que sanitariamente no hay nada que objetar. Muy poco, al menos. Puede incluso servir de enseñanza a nuestros camilleros. Los del cuadro marchan con el paso cambiado, y no falta el acompañante que anima y cuida al herido y que servirá más tarde de relevo. ¡Un perfecto grupo sanitario de avanzada!

Este grupo mínimo y doloroso marcha seguro, no sabemos adónde, mientras el trabajo de los demás continúa sin interrupción y un enjambre de albañiles se agita en los claros arquitectónicos del fondo. Si el hecho de ser trasladado el accidentado en una escalera no nos sugiriese la idea clara de una improvisación, pensaríamos sin esfuerzo en una Sanidad de la Edificación montada ya en todos sus detalles por aquel tiempo.

Hay una piedra obscura en las obras populares de Goya que se ha explotado mucho literariamente. Advertimos ese romanticismo prematuro en el grupo de su cuadro, tan intencionadamente ejecutado y puesto en primer término. Lo advertimos aun en la misma imparcialidad con que ha pintado la indiferencia de los demás personajes. Sabido es que Goya fué un moralista

en sus grabados, y en muchas ocasiones quiso moralizar con el pincel. Seguramente lo intentó también en esta obra ingenua y elemental.

*

El grupo errabundo ha llegado al fin a nuestra revolución. En ella se le ha dotado de una organización real. Se le ha dado una retaguardia quirúrgica y hospitalaria y una vanguardia donde poder encontrar y cuajar los anhelos mudos de mejora social que parecía llevar consigo. Se han rectificado posiciones excesivas: ni ignoramos la enorme importancia social del dolor individual—única posición sanitaria del campo contrario—ni le concedemos un valor oponible a la obra de todos.

Hemos llegado a crear una auténtica sanidad porque nuestro concepto social de la guerra es justo. De la misma manera crearemos en la paz, sin posiciones excesivas, las condiciones de existencia del grupo sanitario errante hasta hoy. Mientras tanto, dediquemos un recuerdo a Goya y a su visión del problema único del dolor humano, que es, en fin de cuentas, el problema cuya solución buscamos y que guía nuestra lucha.

A. BUERO

Tip. Moderna, Tel. 11062.—Valencia



Carros con material (Goya).