

La Sanidad en el Batallón

Hasta hace algún tiempo ha constituido una preocupación fundamental nuestra, la elaboración sobre bases experimentales y, por lo tanto firmes de una Sanidad en la Compañía de Infantería. Sin pretensiones grandes, sin ánimo de exclusividad, sino, antes al contrario, con la convicción firme de que como miembros de un Ejército del Pueblo teníamos la imperiosa obligación de aportar nuestra experiencia, hemos creado las bases fundamentales de la estructuración de esta Sanidad de Compañía, y no sólo las bases, sobre los cimientos ya hay edificaciones lo suficientemente estables para hablar con hechos de resultados eficientes. No hemos terminado, porque la labor en la Sanidad de Compañía es tan amplia, las probabilidades en el empleo eficaz de los hombres que las plantillas asignan son tan variadas, que aun el tiempo añadirá hechos elocuentes de la labor de nuestros sanitarios.

Mas LA VOZ DE LA SANIDAD piensa que ha llegado el momento de que el siguiente escalón sanitario pase a ocupar el primer plano de nuestras preocupaciones.

No es esto una rectificación de conducta, sino, antes al contrario, el eslabón siguiente que hay marcado en el camino a recorrer por LA VOZ DE LA SANIDAD.

Ya hemos hecho algo. La experiencia de elaboración de la Sanidad de la Compañía nos ha convencido de que el primer paso necesario es la capacitación de los hombres. En este sentido, ya desde estas mismas columnas, se

han hecho insistentes llamamientos a los camaradas médicos. Ya hemos comenzado. Ciertos problemas de interés indudable, sin discusión posible respecto a eficacia, han desfilado ante nosotros y están constantemente en nuestra memoria. La topografía y el médico de Batallón, la Ingeniería y la Sanidad y otros en curso forman parte de nuestra tarea.

No sólo esto, determinados temas de interés más directos han sido discutidos en nuestras reuniones médicas. Así, el problema del "cálculo de bajas" ya hemos comenzado a tratarlo a fondo, y como él otros serán objeto de nuestra atención.

Mas ya en el curso, más bien en los comienzos de nuestra tarea, algunos problemas se han alzado ante nosotros. Problemas esencialmente de Sanidad Militar que requieren una elaboración definitiva por entidades superiores que pueden y tienen la autoridad necesaria para hacerlo. Un ejemplo: El material sanitario que deben llevar los Batallones. Muchas veces hemos dicho que estamos seguros de que en su día esto se podría hacer de una manera definitiva. Pero nosotros no podemos esperar ese día para razonar. Intentaremos con nuestros datos, con nuestro bagaje experimental, aportar nuestro concurso a su elaboración definitiva. Trataremos también estos problemas sin ánimo de sentar plaza de doctos, sino sólo con las miras de aportar algo. Nosotros quisiéramos, lo de-

seamos ardientemente, que todos los compañeros médicos de cualquier unidad colaboren con nosotros.

Abiertas para todos las páginas de LA VOZ DE LA SANIDAD, en sus columnas caben todas las opiniones. Y del conjunto de la experiencia de muchos se podrían cimentar más sólidamente nuestras conclusiones.

La Sanidad en el Batallón ha comenzado la etapa de capacita-

ción de su hombres. Nosotros ideamos los temas y con nuestra experiencia los resolvemos. Obligación de quien tenga nuevas ideas o más conocimientos es comunicarlos siempre en bien de la construcción de la Sanidad de nuestros primeros escalones. Para ello este periódico es el suyo. Entre todos se construirá una Sanidad de Batallón orgullo y a la vez digna de nuestras magníficas unidades militares.

La fuerza creadora de nuestros sanitarios

Hemos dado a los sanitarios de Compañía ciertas normas para su trabajo práctico; no porque nos parecieran las únicas posibles, sino solamente como línea de conducta para ellos. Muchas veces no han seguido al pie de la letra las prescripciones dadas. Algunos—muy pocos—, por pereza, han elegido el camino de menor resistencia: sencillamente, no han cumplido su tarea. Otros—y de éstos hay muchos casos—han modificado nuestras normas, han ideado variantes positivas. De éstos queremos hablar ahora.

En la mayoría de los casos la modificación concierne a la construcción del Puesto sanitario: entre los puntos del concurso era el que más amplia libertad dejaba para la libre iniciativa de nuestros sanitarios. La prescripción ha sido inicialmente: un puesto de 2,5 por 1,5 metros en la primera o segunda línea. Francisco Fernán-

dez ha construido su puesto en la trinchera de evacuación pocos metros detrás de la primera línea. Otra Compañía ha edificado su puesto en la confluencia de dos trincheras de evacuación. Una construcción novísima ha logrado Vicente Chiveli. A base de una iniciativa del Capitán de la Compañía—el camarada Cucala—, él ha creado un túnel que hace comunicar la primera línea con la trinchera de evacuación. Este puesto es magnífico. Una importante modificación de nuestro plan han hecho algunos sanitarios: han excavado un profundo refugio en la pared posterior del puesto. En el contenido de los puestos se apreciaban pequeños detalles que no habían sido previstos por nosotros. Pequeñas excavaciones en la pared para las Bolsas de Socorro, estantería para los objetos personales, libros, etc.; en algunos puestos vemos verdaderas estufas

El médico de Batallón ocupa un puesto de honor en la Sanidad de nuestro Ejército.

que forman parte de la construcción misma. Hay camaradas que han transformado su pequeño puesto en una habitación agradable.

Otras pequeñísimas modificaciones que atestiguan el interés y el entusiasmo por el trabajo de nuestros sanitarios: tapas de letrina con sujeción de alambre (las tapas de madera propuestas por nosotros fueron muchas veces cogidas por los soldados para encender fuego), de cuero. Junto a las letrinas, excavaciones en la pared con papel higiénico.

Las consignas en las trincheras han sido protegidas contra la lluvia metiéndolas en excavaciones laterales de la trinchera misma. Muchas nuevas consignas han aparecido, entre las cuales hay algunas muy bien logradas.

El impulso de los sanitarios ha

contagiado también los alrededores. Ya tenemos hablado del capitán que planea el puesto para sus sanitarios. En otras Compañías el teniente ayuda personalmente a profundizar y ensanchar la trinchera de evacuación para la necesidad de la Sanidad.

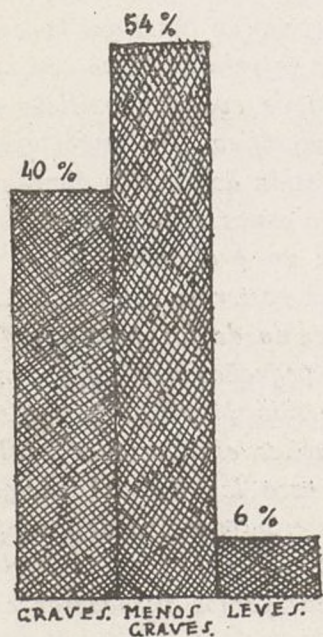
El interés hacia la Sanidad ha crecido mucho en nuestras líneas. La confianza en sí mismos de nuestros sanitarios se ha elevado grandemente; se han hecho conscientes de su importancia. Una ambición extremadamente positiva les empuja hacia adelante para ser, para hacerlo todo mejor que los demás. Esta no les deja contentarse con prescripciones ya preparadas: ellos modifican, inventan.

La fuerza creadora de nuestros sanitarios está encendida. Cuidemos que no vuelva a apagarse. Porque éste es el más valioso de todos los valores.

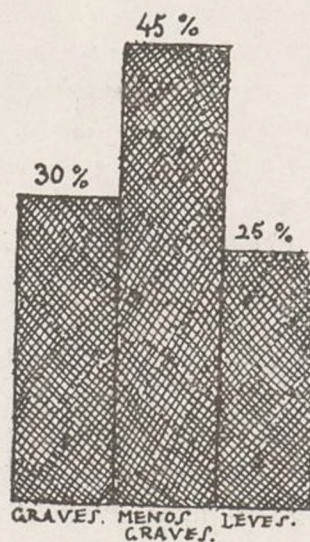
Reuniones médicas

Terminó el año 1937 con la última de nuestras reuniones médicas. Con el año que ha terminado, ya en su decrepitud, parecía que también nuestros camaradas médicos estaban contagiados de una vejez y un cansancio que en los últimos tiempos se ha he-

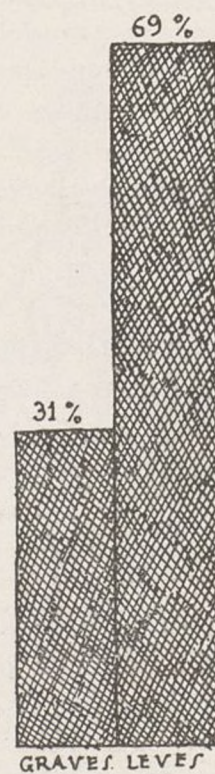
cho sentir en nuestras reuniones. Con el año que empieza, esperamos que también empiece una nueva era en nuestros camaradas médicos y que un entusiasmo cada día mayor haga que estas reuniones sean de día en día más ricas en frutos.



PORCENTAJE ESTADÍSTICO ESPECIFICADO DE HERIDAS EN LA GRAN GUERRA



PORCENTAJE ESTADÍSTICO ESPECIFICADO DE HERIDAS EN UNA DE NUESTRAS OPERACIONES



PORCENTAJE ESTADÍSTICO ESPECIFICADO DE HERIDAS CON LA SÓLA DIFERENCIA DE LEVES Y GRAVES

En primer lugar, los camaradas GORYAN y RODRIGUEZ PEREZ presentaron la tercera

comunicación sobre el cálculo de bajas que a continuación expresamos.

ESTADÍSTICAS SANITARIAS

(Tercera comunicación.)

Sobre el cálculo especificado de bajas en combate

II

En nuestra anterior comunicación se especificaba de una manera clara y válida para los cálculos posibles de nuestra guerra los porcentajes de enfermos, muertos y desaparecidos, y heridos entre el total de las bajas.

Corresponde ahora una categorización de los heridos, según el pronóstico médico. Dejamos aparte, para discutirlo en otra ocasión, la conveniencia de enfocar nuestras futuras estadísticas, cálculos previos e informes durante el combate, en un sentido que pueda dar al mundo militar una utilidad inmediata. De poco sirve al mando en el momento de combate decirle que ha tenido "tantos graves". Lo que más interés tiene es, por ejemplo, la posible recuperación pronta, y de esto no se dice nada en nuestras cifras.

Este problema, de gran importancia, lleva ligado indisoluble-

mente el del escalón sanitario desde el que estos informes deben emitirse. No es éste el lugar de la discusión. Nos proponemos sólo hacer un cálculo previo de bajas con estas comunicaciones y nos ceñimos lógicamente a los datos ya existentes.

Respecto a la especificación de los heridos, las estadísticas de la Guerra Europea nos dan datos aparentemente claros, pero en el fondo de interpretación difícil, ya que desconocemos el criterio de clasificación seguido en aquel entonces. Así, de cada cien heridos, se encuentran, según los datos de la literatura:

40 graves.
54 menos graves.
6 leves.

Mas estos datos sólo tienen para nosotros un valor informativo, y en modo alguno podemos compararlos con objeto de sacar conclusiones de nuestras cifras. No sabemos lo que se esconde detrás de estas cifras, y más aún detrás de estos conceptos.

Por lo que a los datos nuestros respeta, vaya por delante que se refieren a cifras sacadas de los Puestos de Clasificación en combate y que, naturalmente, esto implica ya un margen de error. Mas nos atrevemos a afirmar que este error es mínimo. Ciertamente que a la larga un herido diagnosticado inicialmente como leve puede tener complicaciones ya en los primeros días que le conviertan en un grave. Ciertamente también que en el Puesto de Clasificación no se ven todas las heridas, porque no en todos los casos es necesaria una rectificación de cura; pero no es menos cierto que un buen criterio en el Puesto de Clasificación diagnosticará como graves todos aquellos casos dudosos, y como, jocosamente, de este hecho resultará un exceso del número real de graves, este superávit nivelará en cierto modo el déficit resultante

LA SANIDAD Y LOS INGENIEREROS

La situación de los Puestos de Socorro de Compañía y Batallón en función de las construcciones existentes

Por lo que a los *Puestos de Compañía* respecta, es un hecho ya sabido, pero nunca lo suficientemente repetido, que deben situarse en un lugar equidistante de los extremos que la unidad ocupa. Podría pensarse que en los frentes estacionados de trincheras en la primera línea de las mismas; pero dejando aparte la inconveniencia de situar en un lugar de tanto movimiento en combate, un puesto de estas características, que forzosamente había de impedir el necesario ir y venir de enlaces, abastecedores de municiones, etcétera, hay otras razones de disposición de los caminos de evacuación que en muchas ocasiones

aconsejan la segunda línea al principio de un camino de evacuación y a veces incluso en un lugar próximo de la convergencia de distintos caminos de evacuación de las secciones varias.

Valgan mejor unos ejemplos: En el esquema representado en la figura 1 una Compañía ocupa un pequeño lugar del frente; se trata de una zona peligrosa que necesita tener una fuerte guarnición. Como la extensión es pequeña, sólo existe un camino de evacuación al Puesto de Socorro de Batallón, que por otra parte no nace en la zona central ocupada por la unidad, sino precisamente en un extremo. A, B y C son trin-

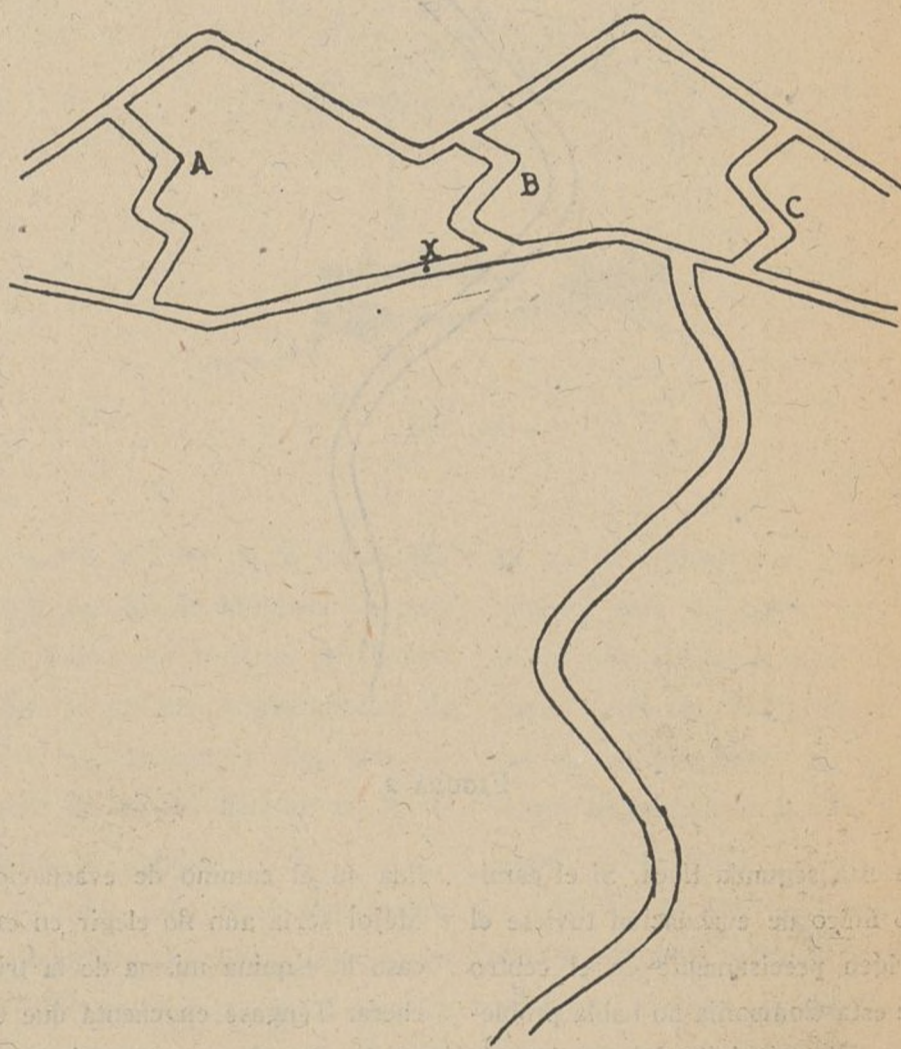


FIGURA 1

cheras de comunicación y evacuación entre segunda y primera línea. En este caso, puede colocarse el Puesto de Socorro en el centro

visto en nuestra Unidad una ingeniosa disposición de un Puesto de Compañía que tenía una entrada en la trinchera misma y la sa-

convierten en lugares a batir electivamente, y mejor sería situar el Puesto unos metros atrás (figura 2) de este lugar de convergencia de segunda línea y camino de evacuación.

Supongamos ahora que, al contrario, la Compañía de que se trata ocupa un amplio sector del frente, y que de la segunda línea salen caminos de evacuación independientes por sección, y que convergen en un lugar determinado.

Supongamos (fig. 3) un herido en el punto A. Si situamos el Puesto de Socorro de Compañía en el centro de la segunda línea, es decir, en el punto H, el herido de A tendrá que recorrer el trayecto AH por una trinchera, sin condiciones de evacuación, por lo tanto a brazo. El trayecto AX es sensiblemente igual y por un camino de evacuación por donde ya el herido puede ir en camilla. La elección no es dudosa. El Puesto de Socorro de Compañía se situará unos pocos metros detrás del lugar X de convergencia. Idéntico razonamiento que en el caso anterior nos llevaría a la conclusión de que el lugar X no es el más adecuado para una instalación sanitaria por tratarse de un lugar de convergencia de caminos. El camouflage puede ser un útil auxiliar y resolver el problema, y en último análisis las construcciones de resistencia de que más adelante se hablará.

Véase, pues, cómo en los fren-

tes estacionados con líneas de trincheras el Puesto de Socorro de Compañía puede adoptar distintas situaciones, condicionadas fundamentalmente por la extensión que la Compañía ocupa y sobre todo por la existencia de uno o varios caminos de evacuación.

Interesa, porque también a la Ingeniería y Sanidad compete, la situación de las camillas, y sobre todo el lugar de su estacionamiento en reposo. En el primer punto no hay duda: dos camillas estarán situadas al principio del camino de evacuación. Y como en el esquema 3 son tres los caminos de evacuación, cada una de las camillas se situará al principio del camino de su sección. Para preservarlas de los agentes externos, y sobre todo de la lluvia y el sol, que las deteriora, hemos visto construídas por los mismos sanitarios, y por ellos ideadas, curiosas disposiciones que pueden perfectamente adoptarse.

En el camino de evacuación donde la camilla debe situarse se labra simplemente, junto al suelo (figura 4) un hueco de pared de 2,50 metros por 75 de altura, que deja espacio libre a la camilla, como demuestra el esquema adjunto.

En frentes estacionados sin línea defensiva de trincheras, sino por ejemplo, con líneas de fortines, si la guarnición de éstas es una Compañía, lógicamente en el

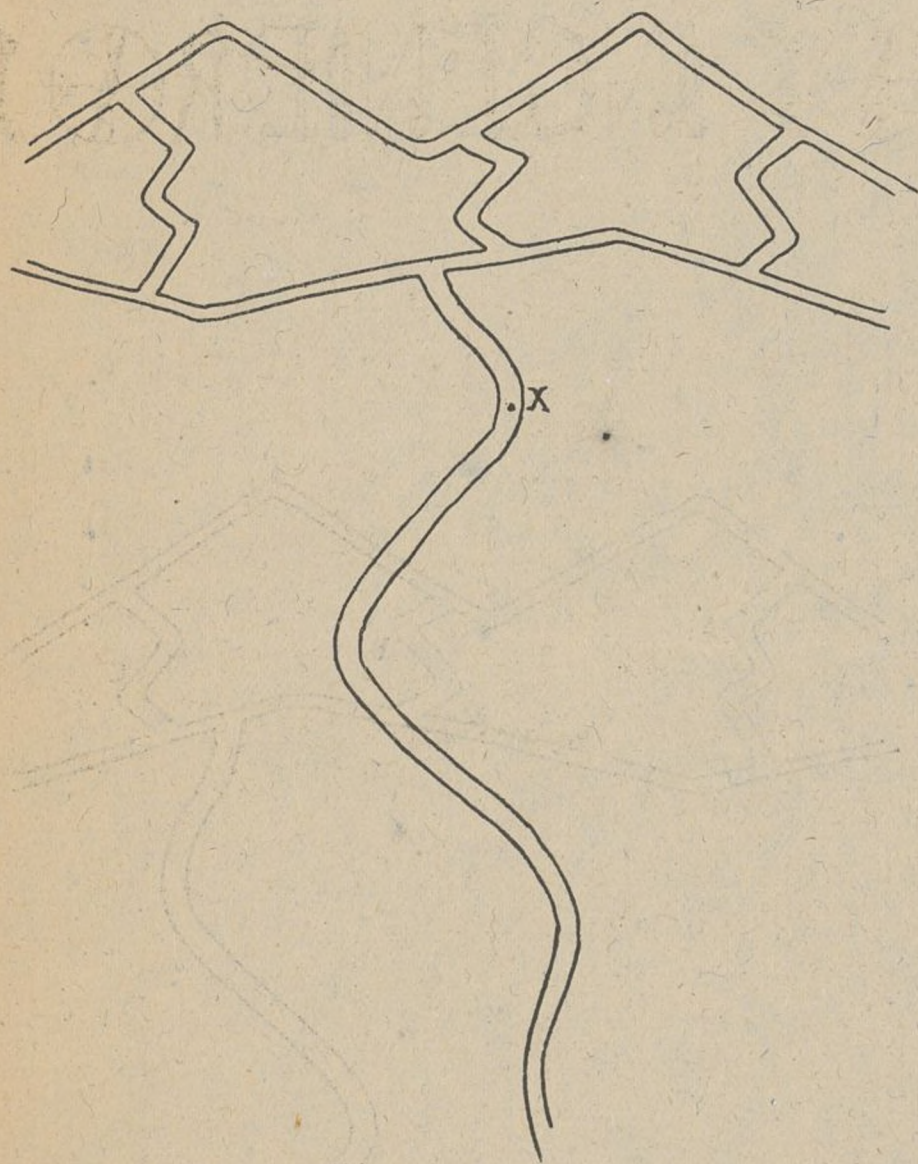


FIGURA 2

de esta segunda línea. Si el camino único de evacuación tuviese el origen precisamente en el centro de esta Compañía no había problema. El principio del camino de evacuación sería el lugar de preferencia. En este sentido hemos

lida en el camino de evacuación. Mejor sería aún no elegir en este caso la esquina misma de la trinchera. Téngase en cuenta que estos lugares de convergencia resaltan fácilmente en las observaciones de la aviación enemiga. Se

fortín mismo estará el Puesto sanitario. Si la Compañía se encuentra repartida en varios fortines, a modo de avanzadillas, la

cuación y en primer término de la convergencia de los mismos.

En el combate ofensivo o en la retirada siempre se procurará es-

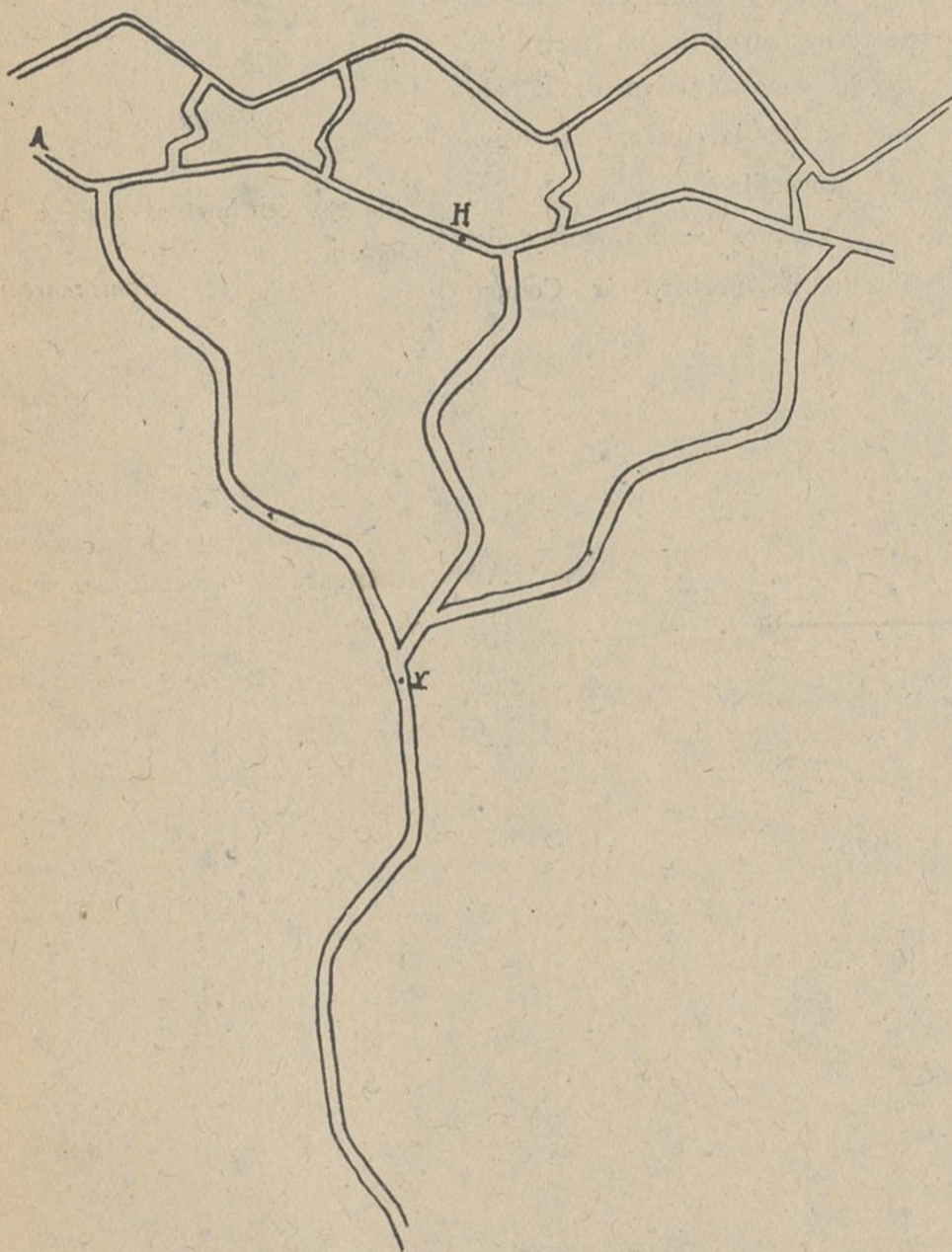


FIGURA 3

colocación del Puesto de Socorro de la Unidad dependerá de la disposición de los caminos de eva-

tar en el lugar medio ocupado por la Unidad, a pocos metros a retaguardia y en cualquier desnivel

o accidente del terreno propio para la desfilada de vista del enemigo.

Por lo que al Puesto de Socorro de Batallón respecta, el problema en líneas generales puede plantearse en idéntico sentido: 500-700 metros de la línea en terreno montañoso y 700-1.500 metros en terreno llano y en lugar equidistante de los distintos Puestos de Socorro de Compañía. Mas,

de Socorro de Compañía, se trata ahora, y este es el objetivo fundamental de la Ingeniería, de las construcciones a prueba de los pequeños proyectiles y morteros.

Construcción de un Puesto de Socorro de Compañía resistente a la acción de morteros y pequeños calibres de artillería.—Primera-mente se comenzará por rebajar en dos rampas suaves los 20 metros de trinchera, en cuyo centro

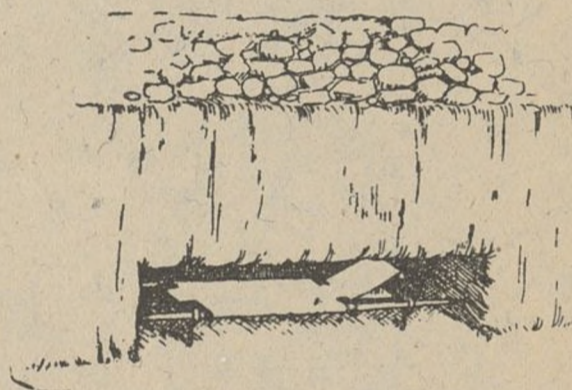


FIGURA 4

como en el caso de la Compañía, esta posición de equidistancia puede variar por terreno, proximidades de camino, convergencias de vías de evacuación, etc., con objeto de buscar siempre un mínimo de tiempo.

Tendrá que estar lógicamente desfilado de vista y tiro, y teniendo en cuenta que dentro de los límites de su situación el mortero puede siempre batirla, como sucede igualmente en el Puesto

se ha de emplazar el lugar del Puesto, para conseguir en dicho punto una altura de 2,50 metros, como mínimo. Esto no es necesario en los casos en que el punto elegido posee la altura mínima indispensable.

También se dispondrá, naturalmente, cualquiera de los procedimientos corrientes de desagüe para mantener seco dicho sitio.

Se labra en el lugar de emplazamiento (fig. 5) un espacio de dos

metros de largo por dos de ancho, y después, en sus dos lados, y en la parte alta, se hacen dos esca-



FIGURA 5

lones de un metro de largo por 50 a 75 centímetros de alto cada

uno, tal como lo indica la figura 5.

El lugar del Puesto está construido. Para cubrirlo de tal forma que resulte resistente a morteros y pequeños calibres de artillería, se comienza por disponer una serie de rollizos de cuatro metros de longitud (fig. 6), y se colocan pegados unos a otros a toda la longitud del Puesto, apoyados sobre los dos escalones construidos. Sobre esta capa de rollizos se ponen

unas tablas, cuyo objeto es repartir las fuerzas en todos los rollizos inferiores. Viene después una capa de tierra de 20 centímetros, otra superpuesta de tierra de 30 centímetros, cuyo objeto es provocar la explosión, y sobre ella una de 50 centímetros a un metro de tierra, cuyo objetivo es la absorción de la fuerza expansiva del proyectil.

La anchura de dos metros del Puesto de Socorro de Compa-

ña puede ampliarse intercalando un pie derecho por

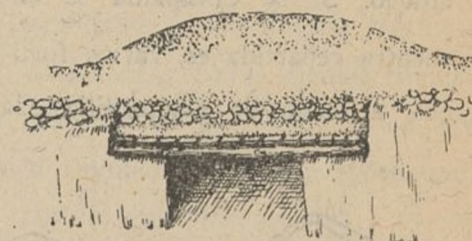


FIGURA 6

cada 50 centímetros que se aumenten.

(Continuará.)

de las deficiencias anteriormente enunciadas. En el individuo habrá un gran margen de error. En el total de las bajas este margen de error disminuye considerablemente. Sirvan estas explicaciones previas para sentar una vez más la necesidad de que todos estos puntos se aclaren de una manera decisiva.

Por nuestra parte, tenemos datos de una operación aislada donde la diferenciación de graves, menos graves y leves pudo hacerse, y datos globales de gran cantidad de bajas donde sólo fué posible diferenciar graves y leves.

de la Guerra Europea, que es algo semejante. Mas dejando aparte el hecho del desconocimiento del criterio seguido en los pronósticos, y refiriéndonos a nuestras cifras, creemos que, aunque limitados, pueden representar momentáneamente una utilidad para nuestros cálculos previos.

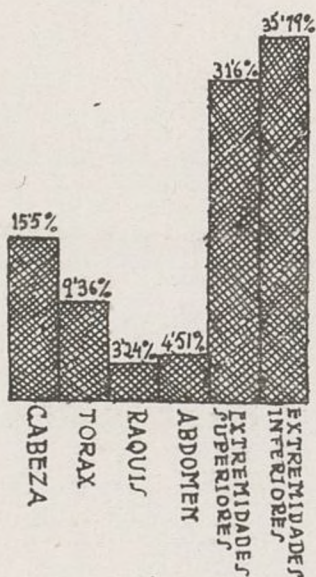
Como final de estos datos, es-
casos son los resultados; pero precisamente este hecho nos puede servir para ver una serie de lagunas en nuestro trabajo. En otros problemas estas soluciones de continuidad podemos llenarlas con datos de la literatura. Aquí no.

gicamente aumentarían nuestras cifras parciales. Refiriéndonos precisamente a este hecho, y teniendo en cuenta el gran porcentaje de heridos de metralla que dan las guerras modernas, creemos que la inclusión de este grupo no sobra si, sobre todo, se tiene en cuenta la dificultad en la precisión del diagnóstico que hacen siempre los Puestos de Clasificación.

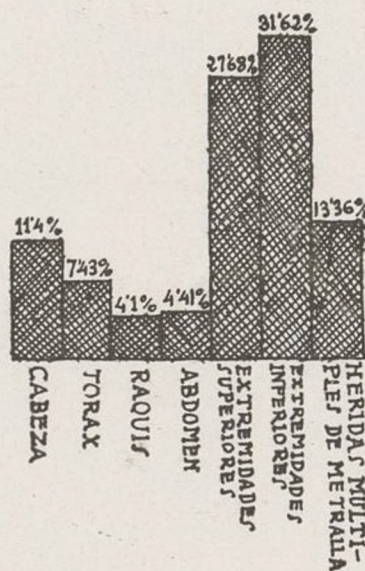
Por lo que respecta a las ci-

fras mismas, conocemos de referencia alguna operación donde hay marcadas diferencias. Por ejemplo, respecto al porcentaje de heridos de pecho, que en esta operación a que me refiero llegó a alcanzar el 20 por 100. No podemos entrar en una discusión. Señalamos el hecho sólo como indicio de las posibles variaciones que en todo momento puedan darse.

REPARTICION DE HERIDAS POR REGIONES ANATOMICAS SEGUN LOS DATOS DE LA GRAN GUERRA



REPARTICION DE HERIDAS POR REGIONES ANATOMICAS SEGUN NUESTROS DATOS



Así, en la operación aislada a que nos referimos, el resultado fué el siguiente:

| | |
|-----------------|------|
| Graves..... | 30 % |
| Menos graves... | 45 % |
| Leves..... | 25 % |

En el otro caso tenemos los siguientes resultados:

| | |
|-------------|------|
| Graves..... | 31 % |
| Leves..... | 69 % |

Si representamos gráficamente estos tres datos de que disponemos, se verá en el esquema adjunto, y eliminando los datos de la Guerra Europea, que existen grandes coincidencias en las dos estadísticas que se refieren a operaciones distintas de nuestra guerra. Sorprende en primer lugar las homologías en los números de "graves". Incluso, podrían compararse estos porcentajes de "graves" con el que da la estadística

Aquí la literatura no nos ayuda porque peca de idéntico defecto que nosotros: falta el principio necesario para la clasificación. Y esto nos empujará a buscar una solución pronta.

* * *

Si siguiendo con el cálculo especificado de bajas, llegamos a la distribución por regiones anatómicas. En las dos gráficas adjuntas se aprecia la semejanza existente entre los datos de la Gran Guerra y los nuestros. Y esto ya es un hecho positivo que puede servir para efectuar cálculos.

Como se ve en las cifras parciales recogidas por nosotros, son algo inferiores a las de la Gran Guerra, pero téngase en cuenta que nosotros valoramos un tipo de lesiones—heridas múltiples de metralla—que escapan en los datos bibliográficos que tenemos y que ló-

Intervino posteriormente GOR-
YAN para remarcar que precisamente con el estudio profundo del problema habían llegado a la conclusión de la existencia de múltiples espacios con solución de continuidad, que se hacían cada vez más imperiosos de suplir. En este sentido prometió traer en fecha próxima a una de estas reuniones una propuesta de solución a estos problemas de informe al Mando de cálculo de bajas durante la operación misma y de la

posible unificación de los intereses, médicos y militares, con vistas a la recuperación, que de momento se señalan independientemente.

Posteriormente se leyó la siguiente comunicación de MAX HODANN, respuesta a una carta recibida de un camarada que se expresa en términos de sorpresa por los conceptos sobre el onanismo del anterior artículo del camarada HODDAN "El problema sexual en los frentes de guerra".

Respuesta a una carta

No es sorprendente la extrañeza mostrada por el camarada Larrea en su escrito. Es la respuesta que corrientemente recibimos cuando, después de un estudio cuidadoso, nos pronunciamos en favor de la inocuidad del onanismo. La causa de la contradicción aparente estriba en que la afirmación de que el onanismo sea pernicioso corresponde más bien a la actitud de la burguesía, enemiga de la sexualidad, que al concepto médico fundamentado de su inofensividad.

La afirmación de los enormes perjuicios que ha de sufrir el onanista a consecuencia de la masturbación, es decir, la fábula de estos perjuicios, fué presentada por el profesor Tissot en Lausanne, a quien hay que conceder el mérito de haber sido el primero en tratar el problema en cuestión; pero no hay que olvidar que su comunicación, de acuerdo con la situación de la ciencia en aquel entonces —1776—, está llena de consideraciones falsas. Desde entonces hemos aumentado nuestros conocimientos. Sabemos que apenas existen niños pequeños sin manifestaciones onanísticas, y si efectivamente el onanismo fuera productor de enfermedades, todo el mundo estaría enfermo. Afortunadamente, en la mayoría de los casos ocurre lo

contrario. De igual forma que son inofensivas en los niños pequeños las maniobras onanísticas, lo son en los jóvenes y adultos. En ningún examen puramente médico se ha comprobado un perjuicio que pudiera atribuirse con certeza al onanismo. Ciertamente, existen onanistas con trastornos nerviosos diversos; pero éstos no son la consecuencia del onanismo, sino el producto de las progresivas alucinaciones de angustia que el mismo onanista se produce sin causa justificada, por la opinión pública de que el onanismo es perjudicial, que producirá consecuencias muy serias para su estado somático y psíquico, que a la larga resultan inevitables por convertirse en un acostumbamiento. Estas alucinaciones de angustia pueden producir, efectivamente, trastornos nerviosos: insomnio, sueños angustiosos, perturbaciones, depresiones, remordimiento de conciencia e incluso miedo a la impotencia, y a veces, como consecuencia, los trastornos, aunque transitorios, de la capacidad generativa.

Estos trastornos superficiales, aclarando a su tiempo debido la verdadera situación, son fácilmente evitables, pero resultan a veces de corrección no muy fácil. Y no porque muchos onanistas creen que

sólo se trata de "tranquilizarlos", de que se tiene "lástima" de ellos, y que si hasta entonces verdaderamente no se han presentado trastornos, éstos pueden aparecer en cualquier momento. Contra este "medio demostrativo", desgraciadamente no existe ningún procedimiento eficaz, pues ¿cómo se va a convencer a un hombre que declara que si no ha estado enfermo todavía pudiera estarlo más adelante?

No obstante, repetimos con firmeza y subrayamos: A pesar de ciertas afirmaciones contradicto-

rias en libros aparentemente serios sobre la cuestión sexual, no existen síntomas patológicos que verdaderamente pudieran ser considerados como consecuencia de los actos onanísticos. Por otro lado, la lucha contra el miedo al onanismo, que debe indudablemente realizarse, es sólo una parte de la campaña contra el miedo sexual, tarea que representa a su vez una parte de nuestra lucha para crear una nueva opinión mundial feliz con fundamentos científicos.

MAX HODANN

Estando casi todos de acuerdo con la opinión de HODANN, fué general el criterio de que se debería añadir algo a las últimas palabras de este artículo, que algunos podían interpretar erróneamente como una propaganda del onanismo.

Supuesto lógicamente que no es éste el criterio del autor, sino

una consecuencia del deseo expreso de enfocar limitadamente el problema deshaciendo las falsas opiniones, lo cual queda logrado, se acordó que en la reunión próxima el camarada MAS se encargue de deshacer el criterio erróneo que algunos hayan podido interpretar en las últimas palabras del presente artículo.

Profilaxis de las enfermedades venéreas

En relación con el "problema sexual", hemos encontrado en el órgano *Transmisiones*, del Ejército del Centro, un acertado ar-

tículo de divulgación, que saludamos con agrado, del que entresacamos los puntos fundamentales.

Llámanse venéreas aquel grupo de enfermedades que suelen adquirirse, casi en la totalidad de los casos, al realizar el coito, es decir, al verificar las relaciones sexuales. Siempre y hasta épocas muy recientes, en que ya parece que se comienza a dar una orientación más racional y científica a los diversos problemas sociales, fueron designadas con el nombre de "secretas"; nombre que en sí encierra un concepto amoral y pernicioso, pues aparte de considerarlas como el castigo de un acto delictivo, llevaba aparejada la ocultación por el respeto o miedo a sanciones familiares o superiores, que, con un criterio absurdo y una corrompida moral católica, trataron siempre de justificar lo injustificable, viendo los hechos naturales según interpretación egoísta de sus

normas estatales fabricadas a conveniencia de los intereses de una clase dirigente.

El no acudir inmediatamente al médico trae como consecuencia que enfermos que con un tratamiento intenso y oportuno hubieran podido curarse bien, arrastran, como reliquia para toda su vida, una tara que a la larga puede conducir a mil complicaciones y hasta a la muerte misma; pero no paran aquí las consecuencias, sino que, por el contrario, el portador se convierte en un nuevo peligro social en dos formas: difundiendo su mal en nuevas relaciones o, si se casa, rompiendo la felicidad nupcial al contagiar a su compañera (enfermedades de la mujer, abortos, esterilidad, etc), como el formidable peligro de transmitir a su descendencia un legado que no tiene nada que agra-

decir, convirtiendo a sus hijos en inocentes víctimas.

La relación sexual con la mujer es un acto completamente normal y fisiológico; sin embargo, las relaciones interesadas, al pagar a una

ni con una "reglamentación" (falsa garantía que hace confiar a los incautos que creen que la mujer está sana porque tiene una cartilla y la reconocen los médicos semanalmente), que es lo que se viene



GOYA: ¡POBRECITAS!

mujer con dinero los placeres carnales, la venta del amor, en una palabra, la "prostitución", no tienen nada de normal ni deseable en una sociedad digna. Esta es la principal causa de los males o enfermedades venéreas.

Todos los problemas sociales tienen un origen común de fondo económico, consecuencia del régimen capitalista. ¿Cómo atacar estos males? ¿Cómo solucionar los problemas? En su raíz, es decir, en la causa que da su origen; la lucha para terminar con las enfermedades venéreas es la lucha contra la "prostitución"; pero no con su "abolición" (en el papel)

haciendo en los países capitalistas, sino colocando a la mujer condiciones de independencia económica, y, entonces, la igualdad de derechos, su emancipación será un hecho; será libre en el obrar y en elegir su compañero de vida, y no tendrá que recurrir a depravarse, vendiéndose al por menor al público, y ser víctima, además, de la acusación injusta de una sociedad que, por señoritismo y consecuencia de sus contradicciones, la lanzó a esa vida; por algo la Iglesia católica justificaba la "prostitución" diciendo "que es un mal necesario".

P. L.

Puestos de Clasificación

V

Situación de los Puestos de Clasificación en combate

I

Si en los Puestos de Socorro de Unidades pequeñas es posible esquematizar, dentro de ciertos límites, la situación que deben tener, cuando del Puesto de Socorro del Batallón pasamos al de Clasificación, el problema cambia totalmente de aspecto y las dificultades, los factores condicionales aumentan considerablemente.

Del Puesto de Socorro de Batallón se puede decir "a priori" que, en general, deberá estar a una distancia de 500 a 1.000 metros de la línea, y en un lugar equidistante de los extremos que el Batallón ocupa. Del Puesto de Clasificación no puede decirse nada sin condicionarlo previamente. El problema requiere un detallado estudio. De la situación exacta y bien dirigida de un Puesto de Clasificación depende, en muchas ocasiones, el éxito sanitario de una operación.

Refiriéndonos a la situación "in sensu stricto", dos problemas se plantean inicialmente:

1.º SITUACION DE LOS PUESTOS DE CLASIFICACION EN PROFUNDIDAD.

2.º SITUACION DE LOS PUESTOS DE CLASIFICACION RESPECTO A LOS EXTREMOS DE LA UNIDAD EN COMBATE.

Tanto uno como otro problema varían en amplios límites, según que el P. de C. corresponda a una

Brigada, Agrupación de Brigadas o Cuerpo de Ejército.

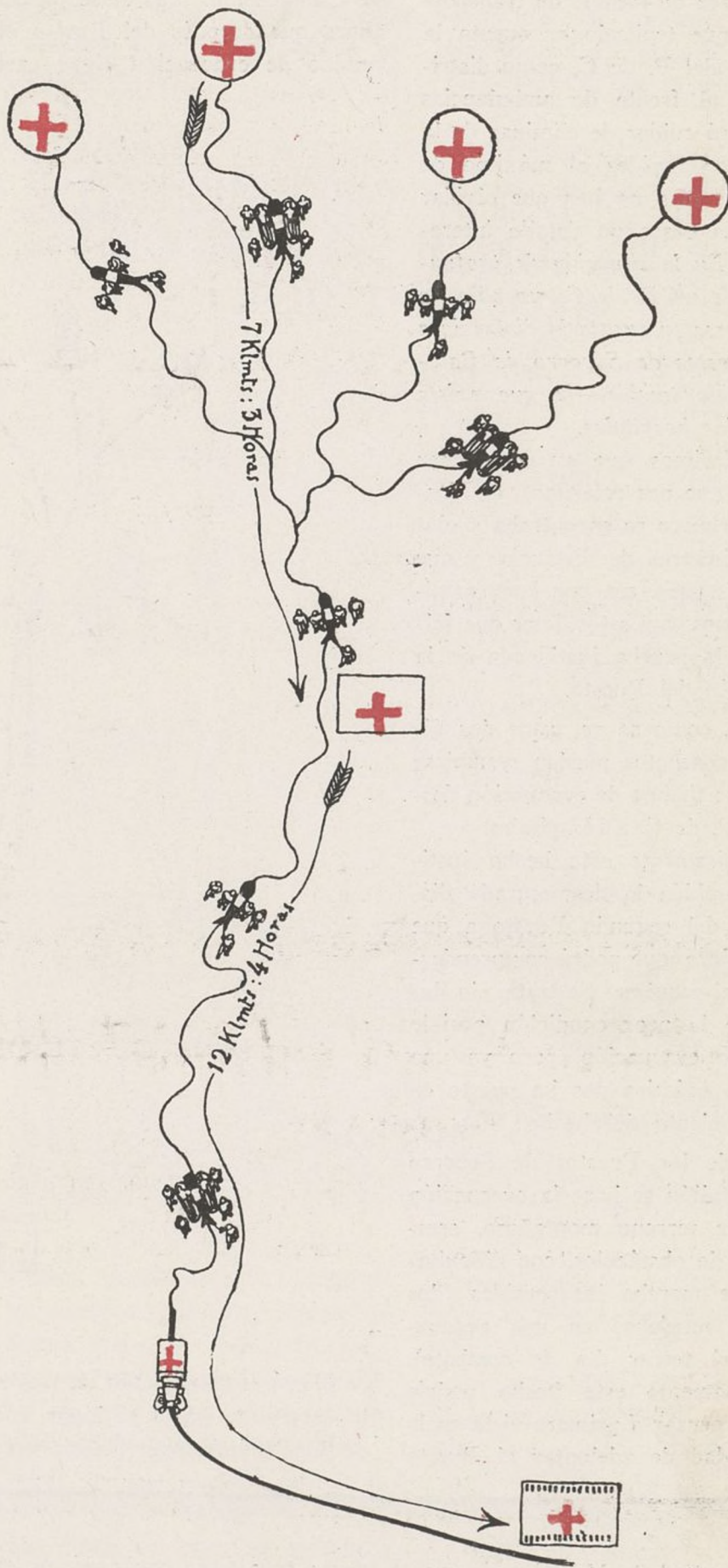
En tal sentido pretenderemos la resolución del asunto teniendo siempre en cuenta los datos de pasadas operaciones.

SITUACION DE LOS PUESTOS DE CLASIFICACION EN PROFUNDIDAD

Puestos de Clasificación de Brigada:

Conocemos operaciones de envergadura donde las necesidades del terreno hicieron que se implantaran P. de C. múltiples de Brigada. De estos Puestos hemos visto alguno a 1.500 metros de los Puestos de Socorro de Batallón, y otros a siete kilómetros de los mismos. Tanto en uno como en otro caso la distancia estaba por demás justificada.

En el primero de los casos a que me refiero, las vías de evacuación del frente coincidían precisamente en este punto desfilado de vista y tiro respecto al enemigo. Mas estos factores: *convergencia de evacuaciones y desfiladas de vista y tiro*, no son los únicos a valorar. Con estos datos se podría pensar que el P. de C. de Brigada se debería situar lo más cercano de los de Batallón, siempre que fuera posible por la confluencia de evacuaciones y seguridad respecto al enemigo. Ciertamente, esta será nuestra conducta en numerosas ocasiones, sobre todo en los casos



RECUERDOS DE LA F. U. E.

(CONTINUACION)

EN DESGRACIA...

Las palabras de Villalobos—el entonces ministro de Instrucción pública—a que nos referimos en el artículo anterior, significaban la muerte oficial de la F. U. E. "Hay que eliminar a la F. U. E. de los claustros y de los locales intrauniversitarios", nos dijo Villalobos, y estas palabras, que en-

trañaban la sentencia de muerte de su vida oficial, podían significar a la vez un llamamiento, podían producir un despertar de la clase estudiantil, tanto tiempo dormida; podían, finalmente, haber logrado el que la F. U. E. volviese a sus tiempos de lucha, y con la fuerza de su razón lograr ya

de una manera decisiva lo que ahora se nos iba de las manos. No fué así. Muy pocos sentimos la fortaleza del latigazo que los que tenían en su mano las riendas de la República acababan de dar en la carne misma de la Institución que tanto hizo por el advenimiento de la República que ellos regentaban. La F. U. E., algunos de la F. U. E., intentamos hacer algo; fracasada la prensa estudiantil con el fracaso de Gaceta Universitaria; fracasados nuestros intentos de hacer sentir a los estudiantes

nuestra situación real; de hacer ver bien claramente que aquella orden anunciada por Villalobos significaba un ataque contra nuestros derechos y libertades, a tanta costa adquiridas; fracasados también nuestros intentos de despertar a aquellos hombres fue (la mayor parte de los estudiantes de Medicina seguían perteneciendo a la F. U. E.) tanto tiempo dormidos, se intentó como último recurso (pensábamos nosotros) para que la F. U. E. no desapareciese de una manera definitiva, al menos en

de escasez de medios de transporte, ya que teniendo en cuenta la función del P. de C. como distribución al frente de ambulancias se deberá cuidar de eliminar de la línea con rapidez el máximo de heridos; mas no hay que olvidar en otros casos un detalle interesante: *En la situación de profundidad de un P. de C., no sólo ha de tenerse en cuenta la distancia a los Puestos de Socorro de Batallón, sino también la que existe hasta los hospitales.*

Si decimos que en el primer caso a que nos referimos, el Hospital primero se encontraba a cinco kilómetros de distancia, y que esta distancia era por buen camino, damos, con estos datos que faltaban, la prueba justificada de la situación del Puesto.

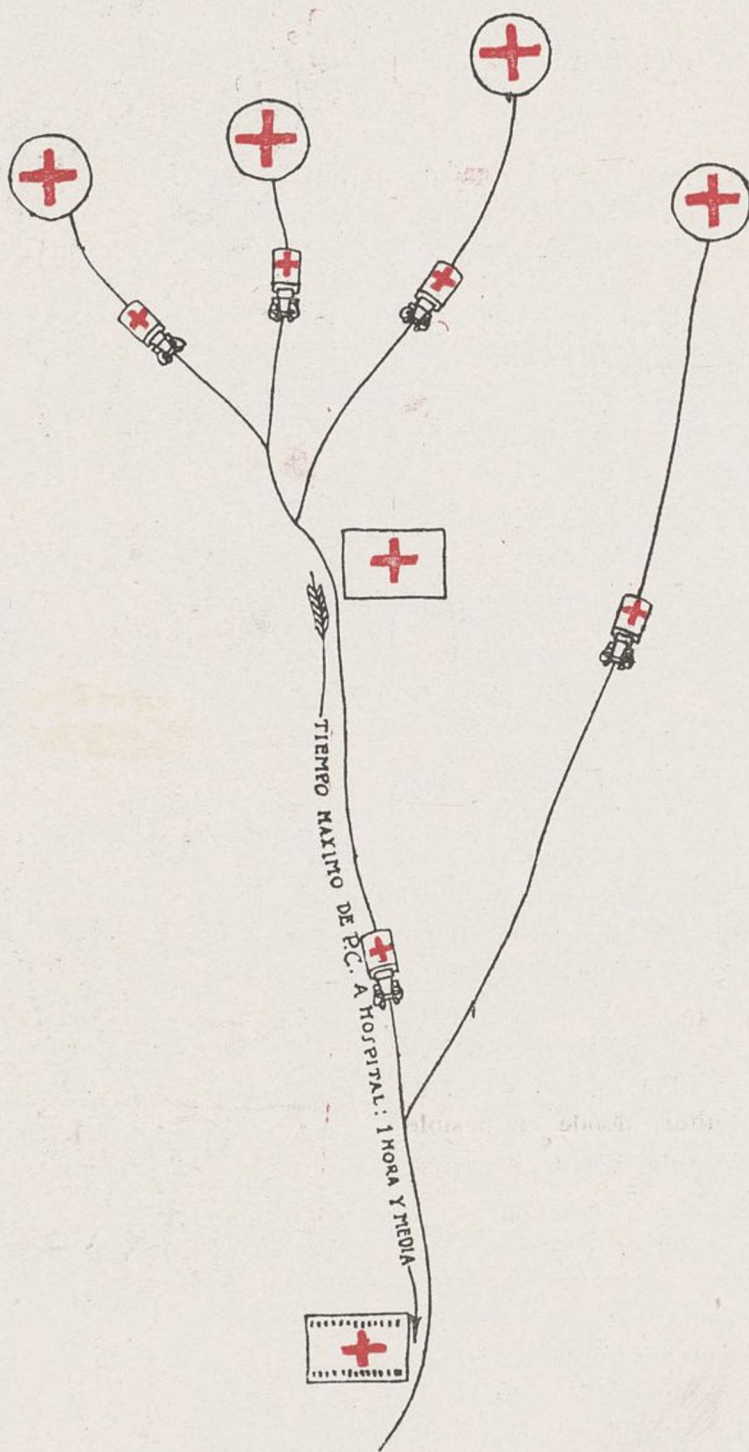
Mas, como se ve, estos dos últimos conceptos pueden resumirse en uno: tiempo de evacuación desde el P. de C. a Hospitales.

Precisamente este hecho justifica también la desmesurada distancia del segundo Puesto a que me refiero, que podrá comprenderse en el esquema. Se trata, sin duda, de la peor condición posible de una evacuación, pero ya una vez la práctica nos ha puesto en conocimiento del hecho:

Desde los Puestos de Socorro de Batallón se hace la evacuación por un terreno montañoso, sembrado de obstáculos, con dificultades de marcha insuperables (dos mulos murieron en una evacuación el tercer día de combate). Precisamente este hecho podría hacer pensar a primera vista en la necesidad de adelantar el Puesto

de Clasificación. Mas si se piensa ahora que después del Puesto el camino de evacuación sigue casi

ger a los heridos, si se piensa también sólo en el hecho de la rectificación de curas, tan neces-



en idénticas condiciones un trayecto semejante hasta el lugar donde las ambulancias podían reco-

ria en estos largos trayectos, en muchos casos, se verá la justeza de esta situación.

Y, al verla, se da con este dato tan importante de la situación de los Puestos de Clasificación en profundidad: *Más que la distancia, el tiempo de traslado desde los Puestos de Socorro de Batallón hasta el de Clasificación, y el de este último hasta el Hospital, son factores decisivos en la situación de un Puesto de Clasificación.*

Y ya en posesión de los datos: *convergencia de vías de evacuación, lugar desfilado de vista y tiro y distancias en función del tiempo*, podremos barajar estos datos en el sentido de llegar a una línea de conducta a seguir.

Planteadas una operación, el Jefe de Sanidad de la Brigada entrará en conocimiento del terreno de una manera profunda. De paso podemos decir que el conocimiento del terreno debe ser una preocupación constante del médico militar. En los momentos de reposo, en los estacionamientos, las vías de comunicación deberán ser cuidadosamente estudiadas.

Ya en conocimiento del terreno y colocados los Batallones sobre el plano, se busca un lugar de convergencia de las vías de evacuación. Es lógico suponer que el P. de C. de una Brigada se situará después de este lugar de convergencia. Mas no se interprete este lema general en un sentido absolutista. Puede ocurrir, como mostramos en el esquema (también una realidad vivida), que precisamente el lugar de confluencia está muy próximo al Hospital. Si los restantes (tres Batallones) tienen un lugar de convergencia más anterior, que puede asistílos con-

la Facultad de Medicina, la creación de una nueva Junta directiva, donde junto a antiguos fue, activos y con espíritu F. U. E. acendrado, se unieran los mejores hombres de la Facultad, los de mayor prestigio en cuestiones científicas y propiamente profesionales. Con estos hombres, con este criterio, pensamos nosotros que el Gobierno, informado en este sentido por el Claustro, permitiría la vida legal de nuestra Asociación.

La Junta se formó. Quien esto escribe, aún tiene el remordimiento de haberla presidido. Quien escribe estas líneas logró, efectivamente, la cooperación de aquellos hombres de quien tanto esperába-

mos; pero tiene que confesar que el fracaso más profundo siguió a nuestras decisiones. Por aquel entonces influímos decisivamente también en la marcha general, no sólo de la F. U. E. de Medicina, sino de la F. U. E. toda de Madrid. Algo se hizo aquí. Antonio Giral, secretario de la F. U. E. de Medicina, fué elegido presidente de la F. U. E. de Madrid, y durante algún tiempo, a pesar del espíritu de abulia que a todos animaba, pudo efectuar una labor cultural y de remozamiento digno del mayor encomio. Pero nosotros fracasamos como Junta directiva. Muchos aprendimos entonces cómo los "intelectuales" eran en

numerosas ocasiones incapaces de adoptar firmes posiciones de lucha! A través del tiempo se piensa que quizá la salvación de la F. U. E. hubiera estribado en una solución contraria: en una Junta directiva de luchadores, de acendradas convicciones fue.

La Junta se formó, pero lo que queríamos lograr no lo conseguimos. Pocos días después de nuestra visita a Villalobos, después del asalto de los fascistas a la Facultad de Medicina, recibimos la orden del entonces decano de desalojar en un plazo brevísimo los locales destinados a biblioteca. El plazo recuerdo que era de horas, y no había tiempo material de bus-

car un local para el traslado de nuestros libros y de la secretaria. Incluso el entonces decano, quien tantas veces estuvo a nuestro lado, se hizo con esto solidario de los poderes ministeriales!

Merced a una serie de gestiones logramos que nuestros libros no fueran a la calle un día que ya el señor decano había dado las órdenes en este sentido...

Y pocos días después los estudiantes dejaban también los claustros, la intervención en la vida de la Universidad. Recordamos casi todos que sólo dos catedráticos se levantaron en aquel último claustro a que asistimos para defender nuestra labor y nuestros derechos.

venientemente, puede perfectamente eliminarse al último Batallón, que evacuará directamente al Hospital. Así se hizo en esta ocasión.

Decimos esto sólo con intención de llevar al ánimo de todos que el criterio no puede llevarse en términos absolutos, sólo en general decimos que el P. de C. de Brigada se situará después del lugar de convergencia de las rutas que desde los distintos Batallones conducen a los Hospitales.

Elegido ya sobre el plano o el terreno este lugar, el médico medirá la distancia horaria desde los Puestos de Socorro al Hospital primero, con los medios de transporte que puedan utilizarse, y buscará el lugar medio de esta distancia.

Finalmente, después del lugar de convergencia, en un punto medio de distancia horaria, en un contorno (que suponiendo buena vía de comunicación) puede variar unos kilómetros en diámetro de este lugar, puede buscarse un lugar no batido y no visto por el enemigo, donde el P. de C. de Brigada podrá emplazarse.

Repetimos, una vez más, que este esquematismo tendrá, lógicamente, numerosas variaciones. En todo caso, el médico, en posesión de estos datos: convergencia, zona no vista y no batida, distancia horaria al frente y a Hospitales, colocará su P. de C. de tal forma que resulte el máximo beneficio para los heridos en particular, y el también máximo rendimiento de los medios de transporte de

que dispone en bien del rendimiento general de la evacuación.

Puesto de Clasificación de agrupación de Brigadas o Cuerpo de Ejército:

Idénticos razonamientos que en el caso anterior. La distancia, lógicamente, aumenta, y éste es el carácter diferencial. Conocemos un P. de C. divisionario que se situó en combate a cinco kilómetros de la línea. Podríamos citar un P. de C. de Cuerpo de Ejército a 18 kilómetros.




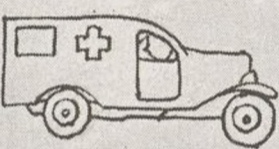
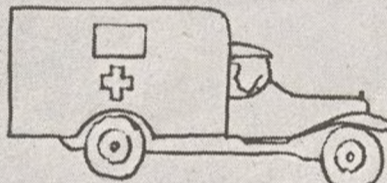
La amplitud de esta distancia es una consecuencia de la convergencia de las rutas y de las distancias a hospitales; pero en general pueden hacerse valer los mismos datos que en caso de un P. de C. de Brigada.

En todos los razonamientos anteriormente expuestos hemos seguido una clasificación de Brigada, División y Cuerpo de Ejército para atenernos a un criterio militar; pero téngase en cuenta que, como ocurre a veces, en el aspecto militar, donde es posible que determinada unidad pierda su punto de contacto orgánico con sus superiores jerárquicos para pasar a depender tácticamente de otra unidad, ocurre también, y así se ha hecho frecuentemente, que una unidad, un batallón cualquiera, por ejemplo, evacue en dirección a otra Brigada que no es la suya por exigencias del terreno.

calones. De aquí el interés de estos cálculos, cuyos datos previos vamos a señalar.

nado día de combate. Mas es posible con la llamada *Fórmula de Schickele*, que se cita en casi

RENDIMIENTO HORARIO Y DIARIO DE LOS MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIOS

| | POR HORA | POR DIA |
|---|-------------------|----------|
|  | 2.500 mts | 25 Kmts |
|  | 2.500 mts | 35 Kmts |
|  | 1.700 mts | 25 Kmts |
|  | 30 Kmts por H. | 200 Kmts |
|  | 12-20 Kmts por H. | 150 Kmts |

Para la comprensión exacta de los cuadros anteriores téngase en cuenta que no se habla de *rendimiento máximo*, sino que se habla de rendimiento medio de los citados vehículos de evacuación.

Por lo que respecta al *rendimiento diario* téngase en cuenta que como se trata de múltiples viajes de ida y vuelta en realidad la *distancia diaria* es la mitad de las cifras expresadas en este cuadro.

Por otra parte, todos estos datos hacen referencia a vías de evacuación regulares. En terrenos accidentados y montañosos estos datos disminuyen lógicamente, sobre todo en lo que respecta a equipos de camilleros y artolas, como tendremos ocasión de ver más adelante. Con los datos anteriormente enunciados y naturalmente con el cálculo previo de bajas a evacuar, ya es posible prevenir en un momento dado la cantidad de material necesario para una evacuación completa un determi-

todos los tratados de Sanidad Militar. Simplifica considerablemente estos cálculos.

En la citada fórmula, *M* (medios de evacuación) es igual a una fracción.

I P K

100

En la que *I* es un índice variable para cada medio de transporte.

P representa las pérdidas probables en un día de la unidad en combate, y *K*, la distancia en kilómetros desde la línea a los P. de S. de Batallón o cualquier otra distancia entre escalones sanitarios.

El valor *I* se halla fácilmente dividiendo el número de bajas a evacuar por la *distancia diaria*, es decir, por la mitad de la distancia que en un día pueden recorrer cada uno de los distintos medios de transporte.

Así, en un combate se calcula que de cien bajas existen treinta

El rendimiento de los medios sanitarios de transporte

Las previsiones de una evacuación determinada exigen de los mandos sanitarios una serie de cálculos respecto a equipos de camilleros, artolas y ambulancias para evacuar una determinada cantidad de bajas. Estos cálculos son siempre función de la velocidad horaria a desarrollar por estos distintos medios y por el rendimiento máximo que en una jornada pueden proporcionar.

En posesión de un número determinado de camilleros, de artolas, de ambulancias o de cualquier otro medio improvisado para trans-

porte de heridos, el mando sanitario, con los datos anteriores, puede siempre decir el lugar donde los Puestos de relevo o sanitarios han de colocarse para que durante la jornada todos los heridos queden evacuados de la línea o de cualquier otra formación.

Con ayuda de estos cálculos, también puede el médico situar ya un puesto sanitario, por ejemplo el de un Batallón, y decir la cantidad de camillas o artolas necesarias para la evacuación desde la línea al puesto citado.

Igual ocurre para posteriores es-

a transportar en camilla. El índice de la camilla será:

$$30 : 12,50 = 2,4$$

(mitad de la distancia que indica puede recorrer un equipo de camilleros). De igual forma podríamos hallar los índices para los restantes medios y hallaríamos los siguientes valores:

| | |
|---|-------|
| Índice de camillas..... | 2,4 |
| Índice de artola sencilla..... | 2,5 |
| Índice de artola litera..... | 1,7 |
| Índice de ambulancia ligera de una camilla..... | 0,12 |
| Índice para ambulancia pesada de cuatro camillas..... | 0,005 |

En realidad los índices para los vehículos de tracción automóvil son menos, porque estos cálculos se refieren sólo a las bajas a transportar echados. Este punto es uno de los más importantes a valorar y por esto damos estas cifras. Ni que decir tiene que por idénticos procedimientos se podrían hallar los índices para heridos sentados y para el total de heridos.

Como hemos dicho anteriormente este rendimiento de los medios de transporte está en relación con las condiciones del terreno.

En la guerra de montaña varía este rendimiento lógicamente, y, por lo tanto, como el índice es función del rendimiento, varía también el valor de estos índices.

Por ejemplo: En estos terrenos la velocidad máxima por hora para camilleros es de 300 metros de desnivel (según notas de Clavelin y James; es decir, distancia horaria 150 metros). Como el camino a la vez es mayor, el trabajo de los camilleros no puede efectuarse más que durante ocho horas del día a lo sumo. Y por lo tanto la distancia máxima a recorrer será $8 \times 150 = 1.200$ metros.

Pero, además, en terreno montañoso el número de heridos a transportar en camilla crece considerablemente hasta cerca del 50 por 100.

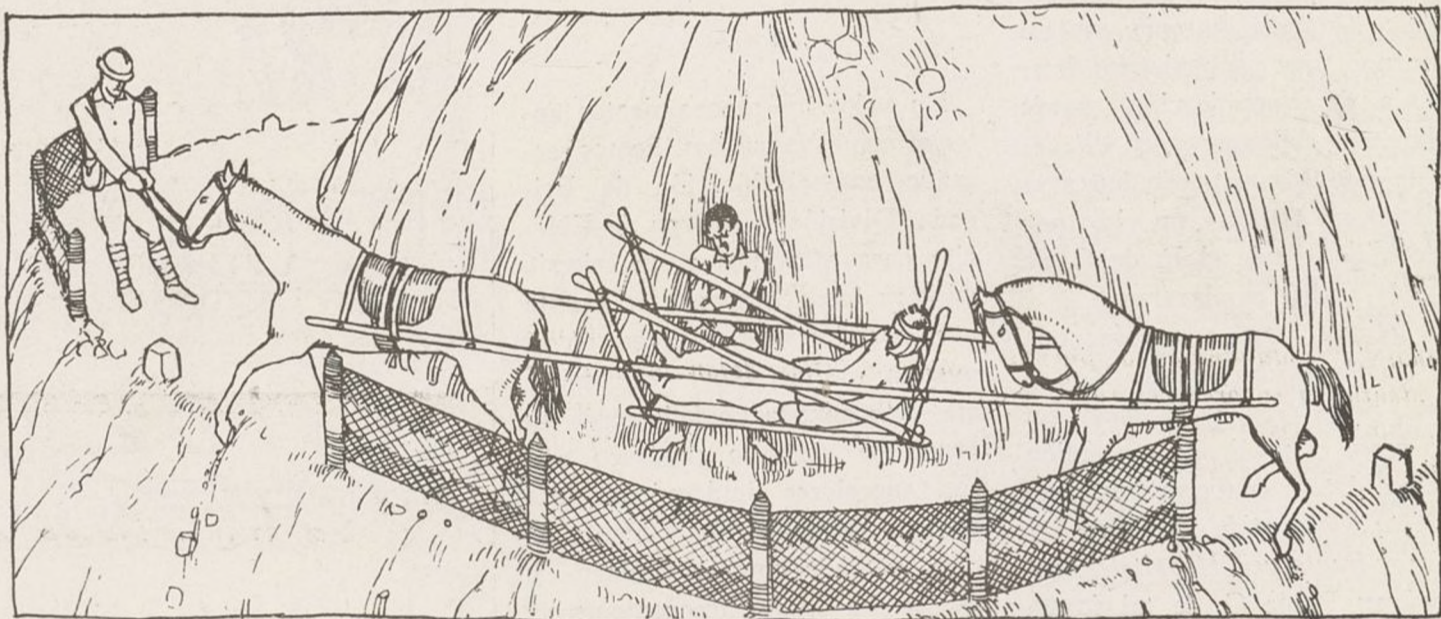
El índice de transporte de camilla en montaña será:

$$50 : 1.200 = 0,0419$$

Y ya con el valor de I se puede sustituir en la fórmula Schickel y obtendremos con facilidad el valor de M ; es decir, los medios de transporte de esta categoría que necesitamos para evacuar



TRINEO OTIS



MODELO DE OTIS, HILL Y MAUTHNER

las bajas en un día. Naturalmente que con la fórmula es también posible conocido M (material de transporte de que disponemos) hallar otro dato no menos importante, K : la distancia a que se debe colocar un determinado puesto.

Supongamos, por ejemplo, que dudamos donde colocar un Puesto de Clasificación. Disponemos, por ejemplo, de seis ambulancias en las que caben cuatro heridos derechos y cinco sentados. La unidad en combate es una Brigada y calculamos que sus bajas serán en un día doscientas.

Hallado el índice de nuestras ambulancias fácil es sustituir en la fórmula y hallar el valor de K .

$$K = \frac{100 \times 6}{1 \times 200}$$

De igual forma podría preverse el número de bajas evacuables con los medios de que se dis-

ponen y con una posición fija del Puesto de Socorro o de clasificación.

LA SANIDAD Y LOS INGENIEROS

El papel que a los ingenieros compete en la construcción de los puestos y vías sanitarias, incluso en la situación de los mismos, no es necesario enumerarlo. Que la Sanidad militar necesita de la ayuda de los ingenieros es tan axiomático como que el mismo médico necesita conocer los datos fundamentales de estas construcciones, no sólo para improvisar en

cualquier momento una determinada disposición de resistencia o "camouflage", sino a la vez para cooperar en todo momento junto a los zapadores en la construcción de su red sanitaria. En este sentido van escritas las páginas adjuntas, resumen y extracto de las conferencias del Jefe de Ingenieros de nuestra División, camarada Dedi.

Sobre la organización de los hospitales de campaña

I

Los problemas de organización de los hospitales de campaña se tratan detalladamente en los Manuales de Sanidad de Guerra. Pero pocos de nosotros, nuevos médicos militares, hemos dirigido nuestros pasos por estas normas ya elaboradas—sencillamente por ignorancia de ellas—y hemos organizado nuestros hospitales según las necesidades y posibilidades del momento, basándonos para esta actuación en lo que se dice “sentido común”.

Entre tanto hemos aprendido bastante. Hemos aprendido de nuestra propia experiencia, y hemos trabado conocimiento con experiencias de pasadas guerras, con las normas de organización fijadas en los libros de Sanidad.

Las dos experiencias no son idénticas en todos los casos, lo que, por otra parte, no puede extrañar a nadie—ninguna guerra es idéntica a su predecesora—. Se trata de comprobar las dos experiencias para obtener de ellas las normas nuevas.

Pero también las coincidencias de estas dos experiencias son de interés. En varios problemas, las normas obtenidas de la guerra mundial reciben bases nuevas por la experiencia de nuestra guerra. Creemos que es tiempo de empezar, por lo menos, a discutir los nuevos datos en este terreno. En la etapa actual ya no podemos contentarnos con la espontaneidad del primer período de nuestra guerra, de confiarnos, por decirlo así, en la capacidad de improvisación de cada uno. Hay que empezar a sacar las nuevas líneas de conducta. Todos los que tienen experiencias propias en este terreno, debían contribuir a esto.

¿Dónde instalar un hospital de campaña?

El problema se refiere, en las líneas que siguen, al primer hospital, al más cercano a la línea, independientemente de su pertenencia a no importa qué Unidad (División, Cuerpo de Ejército o Ejército).

La distancia de la línea a este

primer hospital ha variado en nuestra práctica extraordinariamente hasta el momento actual. Había—los hay todavía—hospitales a una distancia de seis kilómetros, y nosotros tuvimos en una operación el primer hospital a treinta kilómetros del frente. Estas cifras se refieren a distancias por caminos practicables; en estos ejemplos la distancia en línea recta es de dos (!) y diez kilómetros, respectivamente. La elección del sitio para el primer hospital ha estado influenciada de forma decisiva por las circunstancias referentes a existencia de poblaciones con locales apropiados para un hospital. Este punto se ha hecho tan decisivo que muchas veces otras consideraciones muy importantes, como entre otras aquellas de índole táctica militar, han sido colocadas casi totalmente en un segundo plano. Las condiciones demográficas no dirigen siempre; ellas dejan algunas veces alternativas. De las posibilidades dadas se ha hecho la elección de manera distinta según el criterio especial del médico respectivo. Se pueden desprender fácilmente dos tendencias: una intenta una instalación muy cercana del hospital, mientras que la otra prefiere las grandes distancias. Las concepciones “cerca” y “lejos” serán tratadas más adelante en toda su relatividad. Este contraste no es originario de España: existe probablemente en la Sanidad de cualquier otro Ejército.

Debe ser, sin ninguna duda, la primera directriz de una Sanidad eficaz el acercar lo más posible la ayuda médica calificada a las tropas en combate. Pero cercanía no es una simple concepción de distancia en el espacio, sino que está determinada también por el tiempo. Además, al concepto cercanía hay que añadir también un otro punto: el de la seguridad.

Un hospital a poca distancia de la línea tiene una importante ventaja: el tiempo desde el momento de la herida y el de la intervención quirúrgica es reducido al mínimo posible. Mas ésta es también la única ventaja. Frente a ésta hay desventajas considerables.

Por la pequeña capacidad que puede y debe haber en hospital cercano al frente se limitan las dimensiones de las posibles intervenciones quirúrgicas. Si se intenta compensar la pequeña capacidad de estos hospitales con una evacuación forzada de los heridos ya operados, entonces se destruye la ventaja de la intervención rápida. En el caso de una retirada de nuestras tropas, un tal hospital está expuesto a un gran peligro. El riesgo por la Artillería enemiga cuando el hospital está en el alcance de ésta, habla por sí mismo.

Un hospital situado lejos de la línea tiene dos desventajas esenciales. La decisiva de éstas es la prolongación del espacio de tiempo hasta la ayuda quirúrgica calificada. Un otro factor en contra es la disminución del aprovechamiento de las ambulancias que llevan los heridos desde el Puesto de Clasificación al hospital. Las ventajas de estos hospitales no es necesario enumerarlas; consisten en la cesación, más o menos completa, de los defectos citados en el primer caso.

En lo que concierne al peligro por la aviación enemiga, hasta ahora por nuestra experiencia, este hecho apenas debe influir en la decisión de la distancia a montar el hospital; el peligro por esta parte se determina en primer lugar por la mayor o menor importancia estratégica de la población de que se trate, antes que por su distancia de la línea. La probabilidad de un bombardeo enemigo en las poblaciones situadas a diez y veinte kilómetros del frente, respectivamente, es ceteris paribus casi la misma. Además, con la táctica de la aviación fascista de bombardear—con intentos de desmoralizar a la población civil—objetivos de importancia estratégica nula, incluso la más lejana retaguardia no queda exenta de este peligro. La disminución de este riesgo sólo se lograría si en la elección del sitio para nuestros hospitales pudiésemos hacernos independientes de poblaciones habitadas. Con la dotación actual de material de nuestra Sanidad, esto es de momento sólo posible en raros casos.

(Continuará.)

Más hombres capaces de la Escuela de Sanidad

Ha terminado el quinto curso de la Escuela de Sanidad con un éxito rotundo de capacidad por parte de todos los alumnos, que han engrandecido una vez más nuestra querida Escuela y han sido dignos continuadores de los cursos anteriores.

El día 2, a las diez de la mañana, marcharon a sus Unidades llenos de alegría y celo. Los alumnos del quinto curso, ya subidos en el coche, antes de abandonarla, con una mirada llena de gratitud, partieron dando un “¡Viva la Sanidad!”

Un grupo más de sanitarios capaces de escribir nuevas páginas gloriosas cuando se presente la ocasión, cuando vuelvan a ocupar los puestos que tenían antes de venir aquí.

Los sanitarios ponen gran cuidado en aprender para bien de nuestro triunfo sobre el fascismo. Hay algo más que todos te

nemos la obligación de saber por la responsabilidad que adquirimos al hacer una primera cura, y otros conocimientos indispensables para ser un buen sanitario. Para ello, la Escuela de Sanidad ha publicado un libro, para que todos los sanitarios que no tengan la suerte de pasar por esta Escuela que puedan capacitarse. Yo aconsejo a todos los sanitarios que hagan por tener el libro indicado, y aquellos que no sepan leer tiene el libro unas fotografías en que podrán admirar la labor de la Escuela de Sanidad.

Sanitario: Trabaja y capacítate para que no cargues con la responsabilidad de ningún camarada herido deficientemente curado.

Salud.

TOLEDANO

Sanitario.

Nochebuena y primero de año en la Escuela de Sanidad

El día de Navidad transcurrió en el Puesto Grozeff como otro cualquiera. Se trabajó. Después de cenar, la reunión se desarrolló quizá un poco más libremente que otras veces. No hubo asuntos a tratar ni números humorísticos. La alegría de la gente se volcaba sin tasa en canciones y charlas. No obstante, hubo algo interesante. Un camarada habló brevemente sobre la fiesta de Navidad y sus diversos sentidos. Aquel día aprendimos los hombres de la Escuela que la Navidad no era otra cosa que el solsticio de invierno; que en las épocas paganas se adoraba en estos días al Sol, padre de la Naturaleza, y que la casualidad de que el natalicio de Cristo se hubiese situado hacia tal fecha muy bien pudiera explicarse si se consideraba a Jesús como un mito solar, hipótesis vieja ya, no demostrada pero fundamentada en multitud de datos interesantes.

De esta manera renació en nosotros el sentido fundamental de la Navidad—la Navidad del mundo, que es el solsticio de diciembre—, considerándola como una fiesta en que el hombre celebra con alegría a la vida, al Sol, padre de ella, y a sus propias posibilidades de conocer progresivamente el misterio del mundo.

Y aunque, naturalmente, no había en la reunión ninguna animo-

sidad anticristiana ni tampoco se había creado, se entonaron algunos villancicos humorísticos que pusieron el punto final a nuestra pagana reunión de Nochebuena.

En cuanto al día 1, algunas cosas de interés. Hubo reunión para dar las calificaciones finales del quinto cursillo. De las notas—muchas MUY BIEN, varias BIEN y ninguna MAL—se puede sacar una agradable consecuencia: que nuestra Escuela se afianza y se supera. Tengamos en cuenta además que en este cursillo apenas ha habido otros instructores que los antiguos alumnos.

Después se repartieron entre todos ejemplares del libro "La Sanidad en la Compañía de Infantería".

Y después se hizo suavemente "el ganso". Dos camaradas cursillistas hicieron una estupenda parodia cuya caricatura podéis ver en este mismo número. El camarada dibujante nos hizo también—con corcho, agua y un peine—algunas caracterizaciones de diversas personas célebres, simpáticas y antipáticas. Vimos a Hitler, a Guillermo II, a Ghandi, a Rasputin, etc.

De este modo, con la afirmación de su alegría y de su vitalidad, la Escuela y el Puesto han entrado en 1938.

Enseñanzas

Camaradas que estáis en las trincheras de la libertad y no habéis pasado aún por esta Escuela, donde se capacitan los hombres de la Sanidad, sólo por deber tengo que deciros que antes de venir yo al cursillo ignoraba por completo todo lo que tenía que saber un sanitario para desempeñar bien su función. Hoy soy un sanitario perfecto. La Escuela me ha enseñado a hacer una primera cura bien hecha, que antes desconocía. Sé cohibir una hemorragia, atender a un ga-

seado, etc. También conozco y sé hacer toda clase de vendajes.

De modo que vosotros sanitarios que aún no habéis pasado por la Escuela, interesaros si en vuestra Compañía existe alguno que haya sido ya cursillista y en los ratos de descanso acudir a él si él no acude a vosotros y exigirle, sí, exigirle, que os enseñe todas esas cosas. Y cuando sepáis lo más principal de estos conocimientos veréis cómo os sentís orgullosos de saber atender bien a un herido y poder salvar la vida

LIED DER GRANDEN



Sie hatten sich verschworen,
Der Weizen und der Wein,
Dörfer und reiche Städte—
Spanien muss unser sein.

Ja, uns den alten Herren,
Der Reichtum und das Land,
Und wenn die letzte Hütte
verheert wird und verbrannt!

Fünfhundert fette Jahre
Hat uns das Volk gezinst.
Und wenn wir ihn geschlagen,
Hat noch der Knecht gegrinst.

Den Pflüger stört das Den-
[ken,
Wenn er die Furchen zählt.
Doch Galgen gibt es. Henken
Hilft, wenn die Peitsche fehlt.

Wie hoch sind unsere Dome
Die Bauernschweiss gebaut?
Mag Sancho Hochzeit halten!
Nicht fremd ist uns die Braut.

Die Peitsche hat geholfen,
Der Galgen, und wie sehr
Half Sonntags uns der Torro.
Jetzt hilft er uns nicht mehr

Ihr Herren, aufgesessen,
"Conquistador" zur Schlacht,
Fünfhundert fette Jahre
Raubt man nicht über Nacht!

...Fünfhundert fette Jahre—
He, Guardia Civil!
Soviel ihr auch erschlagen,
Blieb immer, noch zu viel!

Bourbon und seine Lilien,
Und unser Privileg!
Ersauf im Blut Castilien!
Und Berg und Wald und
[Weg.

LUDWIG DETSINYI

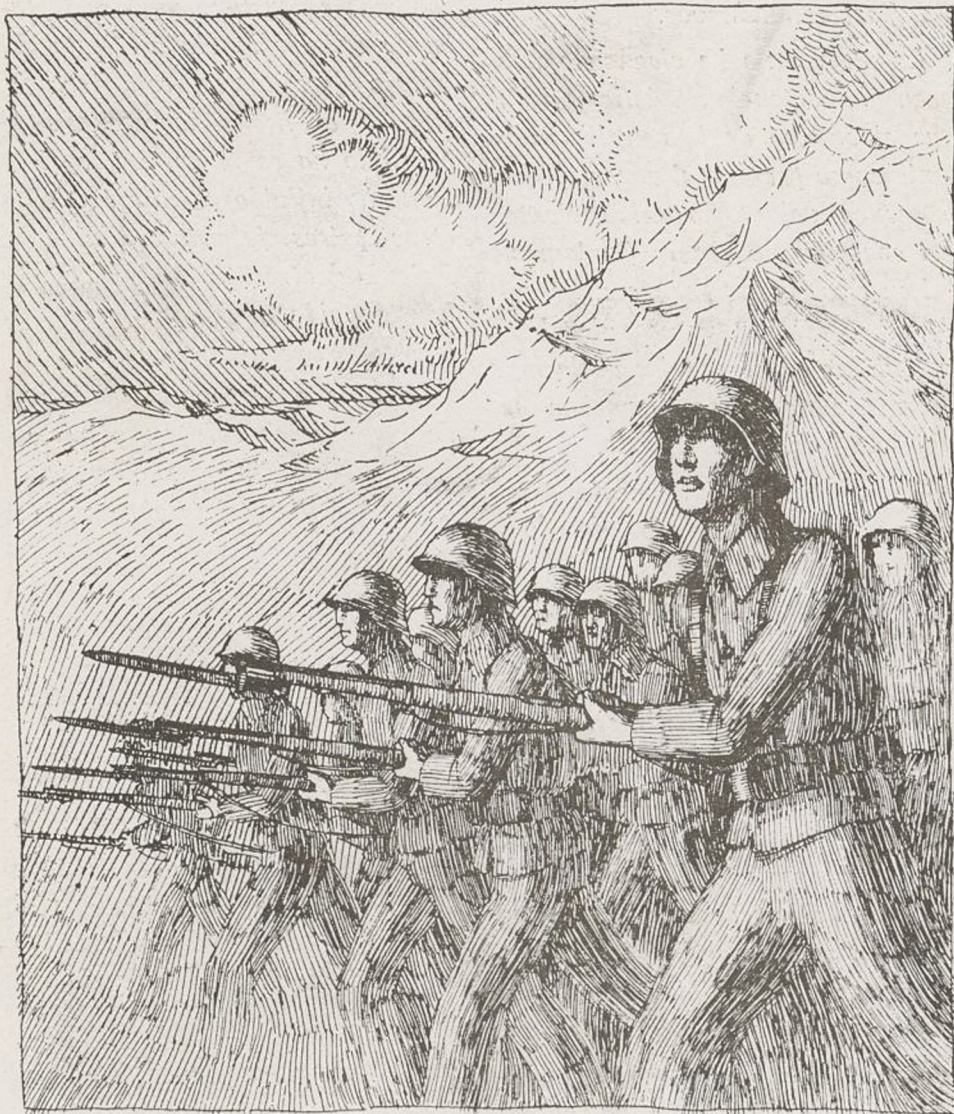
a nuestros queridos camaradas.

Hoy los camilleros deben de saber igual que los sanitarios. Llegarán momentos en el combate que el camillero tenga que suplir al sanitario y que el sanitario se vea

en la necesidad de hacer de camillero. Todos los hombres de Sanidad deben saber punto por punto todas las enseñanzas sanitarias.

AGUSTIN BLESA

LIED DER VOLKSARMEE



Fünfhundert Jahre für Euch gefischt,
Fünfhundert Jahre für Euch gejagt,
Fünfhundert Jahre Euch aufgetischt
Den Braten, und selbst trocken Brot genagt.

Fünfhundert Jahre Euch Felder bewacht,
Fünfhundert Jahre mit eigener Hand
Die Brüder zu Euren Galgen gebracht:
Wie üppig die wuchsen im spanischen Land.

Fünfhundert Jahre sich blutig geplagt,
Fünfhundert Jahre fürs Atmen bezahlt
Fünfhundert Jahre noch Danke gesagt,
Wenn Ihr uns den letzten Maulesel stahlt.

Fünfhundert Jahre uns Leben geprellt,
Fünfhundert Jahre mit Weihrauch betört,
Fünfhundert Jahre, in denen die Welt,
Die wir erbauten, nicht uns hat gehört.

Fünfhundert Jahre gingen zuend.
Fünfhundertmillionenfach Elend und Leid
Hat uns entzündet die Fackel. Die brennt
Glühend und strahlend. Leuchtfackel der Zeit!

Fünfhunderttausend brachten wir auf,
Fünfhunderttausend voll Liebe und Hass.
Liebe zum Volk, dessen Hammer sie sind,
Hass für den Feind, der uns schlug ohne Mass.

Fünfhunderttausend! Zum Tod oder Sieg!
Fünfhunderttausendfach sprudelnder Quell
des Glaubens an Morgen. Es lebe der Krieg
für Freiheit und Brot! Teruel! Teruel!

LUDWIG DETSINYI

BIBLION

Contribución al estudio del tratamiento de la sarna por el benzoato de bencilo, por el Dr. A. VELLIN.—Marseille.

(Monde médical, París.)

El Dr. A. Vellin apoya sus estudios con 112 observaciones de enfermos tratados únicamente con el método de Kissmayer. Según su opinión, el benzoato de bencilo constituye el acariciado ideal; su eficacia es grande; su acción, más rápida que la del bálsamo del Perú; su precio reducido y es muy limpio en su aplicación.

Mezclado al alcohol y al jabón, su poder de penetración aumenta. Después de un jabonado seguido de un baño, se frota al paciente con un cepillo impregnado con esta loción, especialmente las regiones afectadas. En general, dos aplicaciones que se dejan secar, hechas en algunos minutos de intervalo, bastan para matar todos los parásitos. Conviene esperar una semana, y en caso de reincidencia, se vuelve a repetir el tratamiento. Sobre 112 enfermos, 103 fueron curados en veinticuatro horas y aun en un plazo más breve. El tratamiento es el menos irritante de todos los que han sido utilizados hasta ahora; se puede aplicar a todas las formas clínicas de la sarna; sólo las piodermitis muy pronunciadas exigen un tratamiento preliminar.

Tratamiento de grandes quemaduras.—Conclusiones del informe presentado en el último Congreso de Cirugía por el DOCTOR MOURGUE-MOLINES (de Montpellier).

(Monde médical, París.)

La gravedad de las quemaduras está en proporción con su extensión y ligada a una intoxicación general por una sustancia dañosa que penetra en la circulación. A esta enfermedad general hay que oponer una terapéutica general; la quemadura es un laboratorio de toxinas que hay que impedir que propague sus productos. Hay que hacer un vendaje

indiferente y fácil de suprimir. Al quemado hay que tratarle como un herido grave: calmarle, calentarle y elevar su estado general.

El tratamiento general está basado en el recalentamiento, la hidratación, la reacloración, la transfusión de sangre.

El tratamiento local consiste en la limpieza perfecta de la zona quemada y de la piel que la rodea con una asepsia perfecta. El mejor tratamiento de las quemaduras consiste en la coagulación por el tanage de los tejidos mortificados. La exposición al aire libre, sin vendaje, es el complemento natural de ese tratamiento.

En las grandes quemaduras que ponen en peligro la vida es lógico realizar la coagulación rápida de los tejidos alterados por el ácido tánico en solución concentrada o la asociación de ácido tánico-nitrato de plata. Las lesiones menos extendidas pueden ser tratadas también por el violeta de geniana o el mercurio-cromo. Las quemaduras cubiertas anteriormente con pomadas grasas o las lesiones vistas tardíamente que pueden infectarse no deben ser tratadas por el tanage.

La superficie de granulación que queda después de la caída del coágulo tánico, convenientemente preparada, debe ser recubierta sin demora por una greña.

El premio Nobel de Medicina para el año 1937 ha sido concedido al profesor ALBERT DE SZENTGYOERGI, profesor de la Universidad de Szeged y director del Instituto de Química Médica de esta ciudad.

En el curso de sus estudios sobre el ácido hexurónico ha remarcado la semejanza de esta sustancia con la vitamina C. Más tarde, en colaboración con el científico americano Svirbely, ha demostrado las propiedades antiescorbúticas del ácido hexurónico.

Poco tiempo después demostró la facilidad de extracción de grandes cantidades de vitamina C cristalizada del pimienta rojo de Hun-

Sobre la esterilización impuesta

En el correccional de Beloit (Cansas, Estados Unidos) han sido sometidas a la esterilización 62 mujeres de 142 recluidas. Las víctimas eran jovencitas de unos dieciséis años. Su causa era: Que se decía que estaban perversamente

taradas. Esta noticia la hemos leído con sorpresa. Aun hoy, cuando ya la horrible epidemia de esterilizar en la Alemania fascista nos había acostumbrado a estos hechos.

Los Estados Unidos ha sido el primer país (en algunos de sus

gría. En 1933 propuso el término del ácido escorbúico para designar la vitamina C. Fué uno de los primeros en estudiar la vitamina B 2, y el primero también en demostrar en 1932 la presencia de flavina en los tejidos animales. En los últimos tiempos ha experimentado la acción del ácido succínico en el tratamiento de las cetosis diabéticas.

Administrando por vía bucal una dosis diaria de un gramo de ácido succínico durante algún tiempo, ha logrado hacer desaparecer completamente la cetosis. El profesor S. explica este tratamiento por la catalización por estos ácidos de la oxidación del ácido pirúvico.

La aviación sanitaria en Francia.

(*Siècle médical*, París.)

En los días 6 y 7 de julio del último año han tenido lugar dos sesiones sobre la aviación sanitaria y medicina aeronáutica de Francia.

Diferentes comunicaciones han sido hechas sobre la aviación sanitaria militar en el Africa del Norte, en Levante y en las Colonias francesas. En total, desde 1920 han sido transportados 6.821 enfermos y heridos con aviones militares sanitarios. Se emplea igualmente el avión para las visitas de inspección sanitarias, para abastecimiento de puestos aislados con medicamentos, en caso de necesidad aun con paracaídas. Recientemente, en mayo de 1937, ha sido cortada rápidamente una epidemia de peste naciente, transportando en menos de treinta y seis horas, en una distancia de 800 kilómetros, médicos provistos de los sueros y vacunas necesarios.

El empleo de las evacuaciones aéreas en tiempos de guerra ha sido expuesto detalladamente por el médico general Schickelé, quien describió largamente las condicio-

nes de este empleo en una guerra continental.

Estas sesiones teóricas han sido completadas el 8 de julio por una demostración práctica que tuvo lugar en el aeródromo de Orly. Ha sido demostrado que el abastecimiento con medicamentos y material de vendajes por paracaídas a puestos o pueblos aislados se puede hacer y se hace con una precisión digna de notar.

El papel preventivo de la vacunación antitífica.—DRES. D. OLMER Y M. AUDIER.

(*Siècle médical*, París.)

Aunque el número de camas reservado a mujeres sea aproximadamente la mitad del número de camas para hombres, se notan 85 casos de fiebre tifoidea en las mujeres, contra 66 en los hombres. Ninguna de las mujeres tíficas había sido vacunada, y 10 hombres solamente, sobre 66, habían recibido vacunación anterior, en la mayoría de los casos, en una fecha bastante alejada. Estas cifras dan una nueva prueba de la eficacia de la vacunación preventiva, aun en medio tan contaminado como es la región marsellesa.

Las vacunaciones antitifo-paratíficas en el medio militar; los nuevos métodos presentados en el 15 C. A.—DR. MONTEL.

Demuestra que la morbilidad tífica en los últimos años es 20 veces inferior que antes de la guerra en la colectividad militar por causa de las vacunaciones sistemáticas. Pero la fiebre tifoidea, aunque los casos sean excepcionales, no había desaparecido totalmente, especialmente en las regiones de fuerte endemia, a pesar de todas las vacunaciones.

Actualmente, con la técnica de las vacunaciones asociadas: T. A. B. + difteria, y T. A. B. + difteria + tétano, ha sido realizado un gran progreso.

Estados) que ha elevado la esterilización al rango de ley. Le han seguido Suiza y uno de los Estados escandinavos.

La medida no ha alcanzado una gran importancia práctica, dado que el empleo de la esterilización tenía como premisa el acuerdo más o menos voluntario del paciente. La coacción no era lo fundamental en esta ley, ya porque sus creadores no estaban seguros de algunas de las consecuencias de la ley, dado que no se resguardaban en ninguna fuerza social seria.

Como base o fundamento para estas leyes sirvieron los más vagos conceptos sobre la herencia. La ley americana ha incluido la "sífilis hereditaria" en el grupo de las enfermedades a eliminar por medio de la esterilización. Los diferentes criminales comunes han dado el contingente principal. La ley suiza concierne entre otras: criminales, sexuales, borrachos habituales, derrochadores (!), etc. Los últimos ejemplos dejan ver claramente la posibilidad de una utilización de clase de estas leyes.

Estas leyes, hasta 1933, han sido más una curiosidad y un objeto de discusión en círculos científicos restringidos. Las esterilizaciones en América han alcanzado la cifra de 16.000; sus víctimas han sido casi exclusivamente los internos de los diversos reformatorios. Esta cifra es apreciable, se distribuye, no obstante, sobre un espacio de tiempo casi de veinte años; tanto las entidades oficiales como los alcanzados por esta ley, no han querido utilizarla en toda su amplitud.

El problema ha adquirido una agudeza extraordinaria por la ley de herencia alemana de julio de 1933, llamada "Ley para impedir la descendencia a los que tienen afecciones transmisibles hereditariamente". Las discusiones teóricas han cedido sitio a una práctica brutal, a una de las farsas más sangrientas y crueles del fascismo. La puesta en práctica de esta ley ha alcanzado escalas enormes; el número de víctimas llega ya hoy a la cifra de cientos de miles. Según diversos peritos, la primera fase de la campaña de esterilización abarca de 600.000 a 800.000 individuos.

Sobre las bases científicas (si es

que existen), el sentido y las consecuencias de la ley de esterilización alemana hablaremos otra vez con más extensión. Aquí se trataba de señalar la ola creciente del influjo fascista en este terreno. Porque el hecho mencionado al principio no es único. La ley alemana ha influido como ejemplo en otros países fascistas. Finlandia, Polonia y otros países fascistas, le han seguido muy de cerca con leyes y proyectos de ley casi idénticos; las consecuencias prácticas de los mismos escapan a nuestro conocimiento, faltos momentáneamente de literatura sobre el problema. Pero no sólo los Estados abiertamente fascistas se han apresurado a imitar a Alemania. El ejemplo fascista ha reanimado las corrientes reaccionarias en diversos países democráticos y semidemocráticos, y no es de subestimar la influencia de estas corrientes sobre el poder legislativo. Así, ya vemos algunas leyes de esterilización "democráticas". Otro efecto de la ley de herencia alemana ha sido el de reanimar, o mejor de impulsar, las leyes de esterilización ya existentes en las naciones mencionadas, que, en parte, estaban prácticamente muy reducidas.

Sesenta y dos jovencitas son las últimas víctimas. En los Institutos correccionales de América no hay muchachas de la "buena sociedad". Han sido, seguramente, pobres huérfanas y muchachas proletarias. Se dice que estaban perversamente taradas, y por eso no debían tener descendencia. No queremos dar ningún contraargumento científico—hay un arsenal entero de ellos—. Las 62 muchachas "perversas" eran molestas y gravosas para la sociedad capitalista. Esta no podía deshacerse de aquéllas; se deshace de sus hijos aún no nacidos.

Ella les ha hecho pagar sus aberraciones "amorales" con una esterilización irreversible. Continúan sin embargo siendo gravosas, pero la América democrática es desinteresada—sólo se interesa por el futuro del Estado—.

Por un camino indirecto logrará también deshacerse de varias de estas víctimas: varias de las muchachas han intentado ya el suicidio.

Y se
que han
otros un
contentos
puestos d

TIPO



② BERNAB

③ TOMAS

⑤ SOTERO

⑦ ROSEN

TICO Y

nuestra

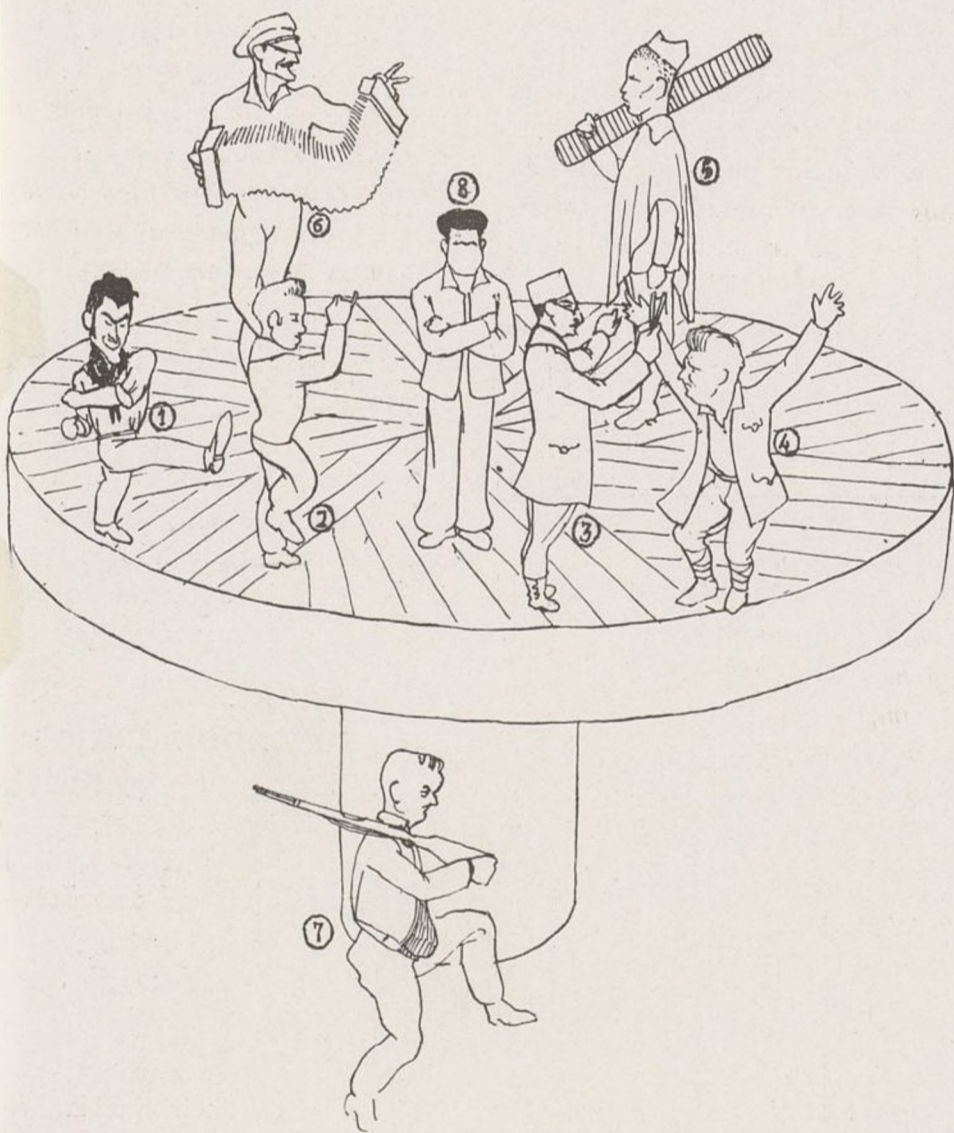
escuela de sanidad

Termina el Quinto Curso

Y se marchan los hombres que han convivido con nosotros unos días. Y se marchan contentos. Van otra vez a sus puestos de combate, a las trin-

cheras, a los campamentos, a los acantonamientos, al trabajo móvil de las Compañías de zapadores. A todos los sitios llevarán nuevos impulsos para la conti-

TIPOS DE NUESTROS CURSILLOS



- ① BERNABE NUÑEZ (CERROJO), DEL 1º CURSILLO
- ② ERNESTO CAMARA, BAILADOR Y FUERO, 1º C.
- ③ TOMAS MORENO (EL MAESTRO TORNQUETE), DEL 2º C.
- ④ ANTONIO DIAZ (EL BURDO), DEL 2º C.
- ⑤ SOTERO MARTINEZ, EL DE LA "CEDULA DE CARMEN", 3º C.
- ⑥ VICENTE DIEZ (CABRA-LOCA), 4º C.
- ⑦ ROSENDO BARRIOS, EN EL ORIGINAL PASO-DOBLE DE SU INVENCIÓN, 5º C.
- ⑧ ABDON (O AVE DON) TOLEDANO, HIERATICO Y SOLEMNE, COMO SIEMPRE. ALUMNO DEL 1º C. E INSTRUCTOR ACTUALMENTE.

nuación de la labor comenzada. Esperamos mucho de estos hombres que ahora se marchan. Parece como si, terminado el curso, los sanitarios se hubieran adormecido en las Compañías. Los que ahora marchan, saben que no todo está hecho y que sólo con el trabajo constante se puede hacer una labor eficaz. Despertarán a los dormidos, estimularán a los somnolientos y aumentarán el entusiasmo de los constantes. Esto espera la Escuela de los hombres del quinto curso. Está contenta, porque los frutos de la labor se han visto bien claros en los resultados de los exámenes.

La Escuela en este quinto curso casi no ha tenido la intervención de los camaradas médicos y oficiales, que sólo han colaborado en la explicación de algunos temas técnicos. La Escuela ha estado regida por hombres que salieron de la Escuela

misma. Esta es quizás la mayor satisfacción de este quinto cursillo. Hombres ayer del campo, de las fábricas, de los talleres, vinieron hace unos meses a aprender a la Escuela. Hoy son los directores y profesores reales. Abdón Toledano, alumno del primer cursillo, es el hombre que ha dirigido la marcha interna de la Escuela. Rafael del Moral, Conde, Espinosa, García Balliña le han secundado magníficamente en su labor de instructores.

La Escuela ha tenido su mejor éxito. Dirigida por alumnos capaces, que siempre estudian, ha creado unos alumnos también capaces que continuarán siempre estudiando y enseñando a los nuevos sanitarios.

¡Paso a los alumnos del quinto curso! Van a sus puestos a continuar la labor de trabajo constante necesaria para el triunfo definitivo.

Otra Escuela

Otra hermana más que tiene nuestra Escuela de Sanidad. Ya la 18 Brigada tiene un rincón de trabajo y capacitación constante para sus sanitarios. La noticia llegó a nosotros y nos apresuramos a visitar la recién nacida. Es casi igual que la nuestra. La dirige un camarada que enseñó y aprendió en nuestra Escuela. Tiene como instructores antiguos alumnos nuestros. Como alumnos hay ahora más hombres para quienes em-

pieza a hacerse sentir una necesidad de conocimientos.

Hemos visto la clase. ¡Creíamos que estábamos en nuestra casa! Su creador ha querido conservar el espíritu de la Escuela en la que tanto tiempo cooperó activamente. Allí preside idéntico símbolo sanitario que en la nuestra. Allí se ven idénticos pasquines y carteles. Allí existe igual espíritu. De allí saldrán hombres capaces que desarrollarán una labor de rejuvenecimiento en sus unidades.

El Teniente Pedro

Reclamado por su Brigada, el Teniente instructor Pedro García ha partido de nuestro lado.

Ya no está con nosotros el Teniente Pedro. El ha coordinado su

esfuerzo de todos los días con el nuestro, en la creación y desarrollo de la Escuela de Sanidad. Desde el primer cursillo, él se ha desvivido por enseñar a los mucha-

chos todos sus conocimientos. Ha sido un buen camarada más en nuestras reuniones.

Sabemos que, en su nuevo lugar de trabajo, el Teniente Pedro ha organizado rápidamente una Escuela de Sanidad. Vendajes, instrucción de camillas, primera cura, etcétera; todo se estudia—como en la nuestra—en esa pequeña Escuela nueva. Nuestro camarada ha hecho a mano multitud de consignas sanitarias y las ha colgado en su Escuela; ha hecho un periódico mural y ha obligado a sus manos a crear fotomontajes para éste.

¡Bravo Teniente Pedro! Auténtico gran alumno de la Escuela de Sanidad, ha sabido cumplir magníficamente nuestro lema fun-

damental: enseñar, aprender enseñando y volver a enseñar.

Ya no está aquí, junto a nosotros. Consideramos con tristeza su marcha, esa separación de uno de los compañeros que nos ha ayudado a crear la Escuela. Pero en el fondo de nuestra tristeza, en medio del vacío de la marcha, hay una íntima alegría. Es consolador pensar en los hombres que, como él, andan diseminados por todos los frentes de España cumpliendo anónimamente la gran tarea de capacitación. Nos enorgullece saber que adonde quiera que vaya uno de los nuestros, germinará la fiebre del trabajo y los días se llenarán de utilidad.

¡En nombre de la Escuela de Sanidad, en nombre del Ejército Popular, salud, Teniente Pedro!

“La Voz de la Sanidad”

guía del Sanitario

Yo, una vez incorporado a la Comandancia de Sanidad y con los escasos conocimientos sanitarios adquiridos durante el transcurso de mi vida, fui trasladado a prestar mi servicio en las trincheras; pero desde luego yo notaba la falta de capacitación sanitaria y, por lo tanto, sentía no poder ser todo lo útil que mis entusiasmos anti-

fascistas deseaban para auxiliar a mis compañeros que pudieran caer heridos de la metralla del fascismo invasor y de los militares enemigos de la cultura, del progreso y de la civilización, verdaderos elementos retardatarios de la evolución progresiva de la humanidad. Un día cayó en mis manos un ejemplar de LA VOZ DE LA SANI-

DAD. Constituyó para mí un verdadero descubrimiento; era esto lo que yo ansiaba: un periódico que me instruyera acerca de los problemas que en la permanencia pudieran presentarse y la manera de resolverlos en seguida. Aprendí cuáles eran mis obligaciones: limpieza de las trincheras, desinfección de las letrinas, higiene corporal por medio de las duchas, con-

servación de los depósitos de agua limpios de toda contaminación. Además me enseñó que el sanitario no debe ser inactivo, sino que aconsejará sanitariamente con sus ejemplos, verbalmente y por medio del periódico mural a sus camaradas. No se limita a esto sólo, sino que nos habla de la manera de practicar la primera cura y evacuar con prontitud. Por todo esto este periódico es el verdadero maestro del sanitario y todos estamos deseando la aparición para ir aumentando los conocimientos a medida que se suceden sus números.

ROSENDO BARRIOS

Sobre la Sanidad en la Compañía de Zapadores

El hecho de decir que la Sanidad en la Compañía de Zapadores debe tener un funcionamiento idéntico, homólogo al de la Compañía de Infantería no justifica que estas líneas fueran escritas. Mas es necesario afianzar detenidamente puntos, remachar sobre ciertos aspectos que si en la Compañía de Infantería pueden quedar relegados a un lugar secundario



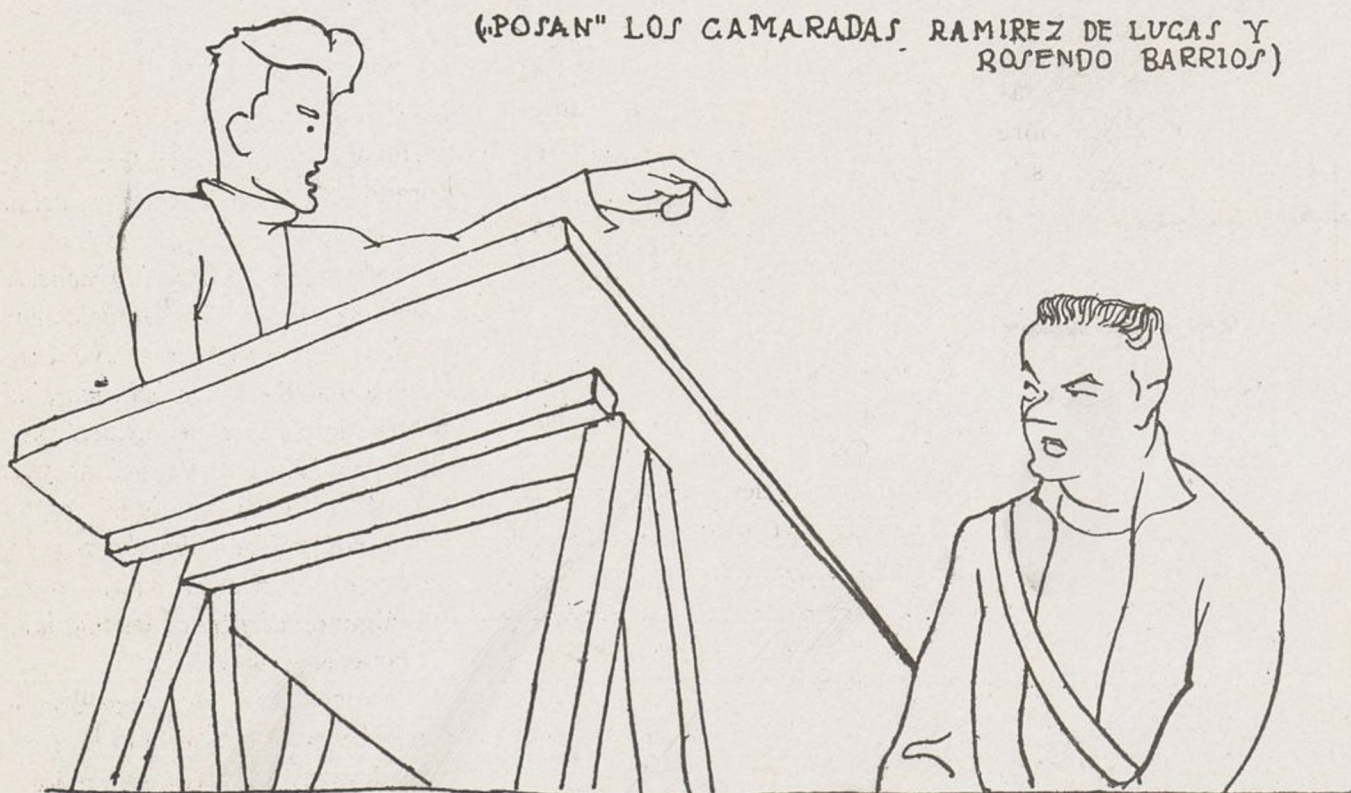
Ya sabes que has de tener un periódico mural, y en él tus conocimientos los demás aprenderán. Una tabla o un cartón sirven para fabricarlo, y toda la Compañía sabrá así nuestro ideario. Enseña los fundamentos de la Química de guerra, pues hay que estar preparados si el enemigo usa de ella. No perderás ni un momento, sino capacítate y enseña con gran paciencia

al que no sepa leer. Si aprendes en ratos libres a manejar el fusil y las ametralladoras verás de la guerra el fin. Los carteles sanitarios que nos da la División pégalos por todas partes y harás su divulgación. Enseña lo que tú sabes, escucha al que sabe más, y aprendiendo y enseñando al triunfo tú ayudarás.

SAAVEDRA

EXAMENES EN LA ESCUELA

(POSAN" LOS CAMARADAS RAMIREZ DE LUCAS Y ROSENDO BARRIOS)



PREGUNTA: DIGAME LOS GASES VESICANTES.

RESPUESTA: PUES SON... LA PERITA... LA LEVITA DE VISITA...

PREGUNTA: VAMOS A VER, ¿A QUE HUELE EL OXIDO DE CARBONO?

RESPUESTA: PUES... A BRAIERO.

PREGUNTA: ¿COMO EMPEZARIA VD. A VENDER UNA FRACTURA DE CLAVICULA?

RESPUESTA: PUES POR LOS PIES, POR QUE TODOS LOS VENDAJES SE DEBEN HACER DE ABAJO A ARRIBA.

aquí ocupan una importancia primordial.

Ocioso es repetir que los sanitarios de la Compañía de Zapadores cuidarán de la higiene de sus camaradas y de las condiciones salubres de sus campamentos o acantonamientos. De sobra es también de todos conocido que la función de propaganda sanitaria debe ser una preocupación constante. Olvidado tienen ya todos los sanitarios de Zapadores que deben estar con sus secciones en los momentos de trabajo para prestar la primera ayuda a los heridos. Mas hay algunas diferencias, no de fondo, pero sí importantes que queremos señalar.

En primer lugar la falta de unidad existente en la mayoría de los Batallones de Ingenieros, el fraccionamiento de éstos en Compañías destinadas a unidades distintas, incluso en secciones sin contacto táctico unas con otras, implica necesariamente un aumento del personal y material que comienza ya en la Compañía misma con la existencia del practicante y material de acuerdo con su profesión. Respecto a las secciones de trabajo, en muchas ocasiones independiente, se requiere necesariamente que en cada una exista cuando menos un sanitario con bolsa de socorro capacitado para hacer una primera cura, a más de los dos camilleros correspondientes, cuya aspiración debe ser en todo momento llegar a tener los conocimientos del sanitario.

Respecto a "Puesto de So-

corro", si la Compañía está reunida en un campamento o acantonamiento, lógicamente el practicante deberá tener un botiquín en un pequeño local o chabola para la primera asistencia a enfermos y a pequeñas heridas tan frecuentes en este arma.

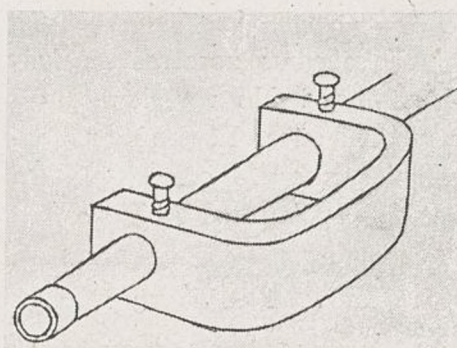
Naturalmente que en este caso sobran los Puestos de Socorro de las secciones. Pero si, como es tan frecuente, las secciones están separadas en trabajos de unidades distintas, entonces cada sección deberá tener forzosamente su Puesto para la asistencia.

En la línea, durante los trabajos, no hay posibilidad—si la índole de éstas implica mucha movilidad—de construir un verdadero Puesto de Socorro, pero como ocurre en la Infantería en el combate, el sanitario buscará un desnivel del terreno donde pueda efectuar los primeros auxilios a cubierto del fuego enemigo.

En la Compañía de Zapadores se requiere, dada su movilidad, más que en ninguna otra Unidad, que los camilleros y sanitarios sean inseparables de sus secciones, para poder atender en todo momento a los camaradas.

El terreno donde la sección actúa deberá ser siempre conocido por los sanitarios, que, sobre todo, cuidarán de conocer inmediatamente de llegar a un nuevo lugar de trabajo, el emplazamiento de los Puestos de Socorro de Compañía y de Batallón más cercanos para sobre ellos dirigir sus evacuaciones.

hacerlo tal vez como nosotros queremos y entonces resulta que las manos sufren grandes golpes y rozaduras, para lo cual, en mi concepto, yo haría unas tablillas



guardamanos (tal como lo indico en el dibujo). Estas tablillas deben llevar dos agujeros y pasarlos por las varas sujetando a otros que lleva fuera como esquinas

redondas y sujetas con unas tachas (se entiende sin clavar en las varas); todos éstos hechos una pieza. Desde luego que para armar la camilla dificulta bastante esta solución dada; pero como resulta que la camilla en la trinchera debe tenerse armada para ser más rápido su empleo y se tendrá en sitio que se designe, por lo tanto, de momento podemos obtener un buen resultado.

Todo esto es cuanto tengo que decir sobre este tema.

Os saluda un camarada sanitario de Ingenieros de la 17 Brigada Mixta.

Salud y República.

MATIAS PARDO

¡SENSACIONAL!

Dionisi, Noyan - Adbulkadú, Ural-Zeki, Cerbulescu, Marinescu, Babecki, Murad, Caukat y otros muchos más se han reunido y han tomado una serie de acuerdos que por su importancia excepcional, queremos inmediatamente comunicar a nuestros lectores:

1.º Es imposible standardizar las raciones de guerra, pero sería deseable agruparlas en categorías.

Las condiciones varían con los recursos económicos de cada país, y sobre todo con el hábito nacional.

2.º La alimentación de los enfermos y heridos debe beneficiar el progreso científico, y en las investigaciones sobre psicología alimenticia se debe dar una amplia cabida a los alimentos protectores.

3.º Hay medios en los servicios de cocina y en los refectorios de aprovechar todos los modernismos; utilizar los aparatos de cocina con gas o electricidad y servirse de aparatos frigoríficos para la conservación de alimentos.

4.º Crear, si es necesario, escuelas de cocineros, con objeto de no confiar la preparación de los alimentos más que a los profesionales. Organizar en los hospitales servicios dietéticos que, en razón de su precisión, permitan dar a ciertos enfermos la alimentación especial que les conviene.

5.º Cuidar la preparación y presentación de los platos, que deben ser agradables al gusto de los pacientes."

No, camaradas; ¡pobres médi-

cos militares españoles que no hemos ido a ningún Congreso! Esto no es una tomadura de pelo.

Son las sesudas conclusiones que responden a un tema, "Estudio comparativo del suministro de víveres y alimentación de enfermos y heridos en tiempo de paz y en tiempo de guerra", que durante un año ha sido objeto de atento estudio por parte de los señores anteriormente citados, ante cuyos nombres hay tratamientos militares de Generales, Coroneles, Tenientes coroneles, etc.

¡Ah! Y no es de la edad de piedra, como puede hacer suponer ese consejo al empleo de las maquinillas eléctricas. No. Se trata del IX Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares celebrado en Bucarest en junio de 1937.

Y ya lo saben nuestros médicos. Como resultado del estudio comparativo de "suministro de víveres y de alimentación de enfermos en tiempo de paz y en tiempo de guerra", una de las mejores enseñanzas no la debemos olvidar: ¡Vamos a comprarnos una máquina de gasolina! Y no olvidemos nunca que algunos alimentos pueden conservarse en frigoríficos.

Es interesante que pongamos en conocimiento de nuestros lectores que, después de estos enjundiosos resultados, los señores se fueron a una fiesta de gala en la Opera, y—lo que es aún más interesante—acordaron lo que tienen que ir ya estudiando para el año 1939,

Mi opinión sobre el resguardo de las manos durante el transporte en camillas por las trincheras

Los efectos que pueden surgir acerca de esto son bastantes, y por consiguiente lastimoso, que vengan ocurriendo algunos casos de éstos. Yo, como sanitario de Ingenieros, veo el problema con ansias de corregirlo lo mejor posible. Para ello daré una pequeña explicación de los trastornos que suelen ocasionar todos estos inconvenientes.

Yo como ya expongo, haré todo

lo que pueda, o sea hacerles saber a los ingenieros que deben hacer las trincheras todo lo mejor que puedan. En la trinchera en zigzag, que es la más defectuosa para esto, los ángulos deben dejarlos bien y, por consiguiente, si posible es, llevar una cuerda con igual longitud a la camilla y sacar los ángulos a medida; ahora a veces ocurre que la dificultad del terreno nos hace imposible

en el que volverán a reunirse en Washington.

A uno de los temas le tenemos mucho miedo. Tratará sobre "Organización y funcionamiento del servicio químico-farmacéutico militar", y con los antecedentes que tenemos sobre la lamparilla de gasolina estamos seguros que aquí, después de los dos años, van a recomendar efusivamente el uso de la probeta.

Pero no nos pillaré de susto. Ya sabemos con este ejemplito lo que son estas reuniones, y tenemos anticuerpos políceptores para toda clase de "conclusiones" semejantes.

Otros temas a preparar merecen también comentarios: Así, Alemania entre otras naciones, es la ponente del siguiente tema: "La previsión de pérdidas en tiempo de guerra y sus métodos de cálculo".

Como cuentan lo del Jarama, se

darán cuenta "por experiencia" de que los cálculos previos no les sirven a ellos de nada.

Otro punto. Italia será ponente de "Organización y funcionamiento del Servicio de Sanidad en las expediciones coloniales".

¡Ya sabemos nosotros su funcionamiento! No necesitamos esperar dos años. El profesor Castellani nos contó cómo fue "La Sanidad Italiana en Abisinia".

Aquello daba gusto. Un ejemplo: ¡En total había 13 Equipos Quirúrgicos! Y así por el estilo.

LA VOZ DE LA SANIDAD, con anticuerpos y todo, espera ansiosa la llegada del año 1939, para poder comunicar los resultados de este Congreso. Para esa época también tendremos nosotros datos suficientes para ser ponentes de cualquiera de estos puntos, y hablaremos también de "perdidos de guerra" de alemanes e italianos con bastante conocimiento de causa.

1938 en el Puesto de Clasificación

Un año que ha muerto. 1937. Su aliento postrero apenas se dejó sentir bajo el sudario blanco y limpio. Sudario de nieve que con su frío aceleró su muerte. Nos dejó gratos recuerdos...

Hoy tenemos un hijo del tiempo nuevo. 1938. Es muy joven aún. Apenas si tiene unos días de vida. En el Puesto de Clasificación nació el año en fríos pañales de nieve y con la sola caricia de un eco a intervalos que quiere hacer burla con su voz gangosa a esos gemidos de fuego que despiden nuestras trincheras. Tiene pocos días de vida, y ya estamos encariñados con él. Ha nacido entre el solo calor de la nieve, del frío, igual que los hijos del pueblo. Es nuestro. Se nos ofreció bajo un aspecto sincero. Cuando nos levantamos, aún vestía sus fríos pañales. Nosotros le hemos acariciado con la caricia de nuestro optimismo. Con el nuevo año encontramos un tiempo nuevo, una fase completamente nueva que vamos a incoar. Un horizonte que, bajo la nieve de un año nuevo, nos prepara grandes sorpresas.

La Escuela de Sanidad ha recibido el año nuevo con su mejor galardón de trabajo: los exámenes. El quinto curso nos ha obsequiado con el mejor de los frutos teóricos y nos promete que el fruto en la

práctica aún le superará, porque será hijo de su entusiasmo ¡Buen comienzo de año para la Sanidad de la XV División! El Puesto de Clasificación sonríe... El año es joven, muy joven, y ya se nos presenta lleno de virilidad.

Con el año nuevo, la Sanidad tiene también una labor nueva: superar la capacitación, lograr un nivel de conocimientos, de medidas eficaces, superior al que se logró en el 1937 que falleció. Yo, que en estos puntos soy siempre algo optimista, creo que lo conseguirá. Sí, lo conseguirá. La Sanidad se capacita día y noche, y cada día que pasa es un peldaño más que viene a englobar la escalera de la ciencia sanitaria, cuya ascensión ha empezado con el mejor ánimo y con un mejor fruto.

Nuestros sanitarios de Compañía, que fueron perfunctorios todos ellos, son hoy elementos capacitados. En los primeros días del joven año saldrán del Puesto de Clasificación unas inteligencias capacitadas que irán a ocupar sus puestos en las trincheras, donde les esperan otros camaradas también capacitados.

En fin, este año se encuentra con la agradable sorpresa de vernos a todos preocupados y sumidos en nuestra ansia de saber.

Yo espero de 1938, que nació en fríos pañales de nieve, su mejor ayuda a nuestro esfuerzo. El sabrá seguro compensar nuestro

sacrificio y nos ofrecerá, dentro de su corta vida, días de gloria, quizás vistiendo aún pañales fríos de nieve... **UN SANITARIO**

La plantilla de Sanidad de Compañía

Por reciente disposición ministerial, se modifican, en general, las plantillas sanitarias.

La variación sufrida en la de Compañía no se puede considerar aisladamente, sino unida a la plantilla de los grupos sanitarios de Brigada.

Si ciertamente en la primera el personal queda reducido a un solo sanitario y cuatro camilleros, no es menos evidente que la amplitud del personal de los grupos sanitarios de Brigada permite que se destaquen de ésta hombres a las Compañías mismas.

Con esto, a la vez, el personal, parte del personal de las Compañías estará bajo la directa vigilancia de los mandos sanitarios, que de esta forma podrán efectuar su labor y control de una manera más exacta.

El personal sanitario que corresponde a una Compañía, con estas salvedades, está ajustado

na, muchos han visto ya la función magnífica de estos hombres en los frentes estacionados, velando por la conservación de los efectivos, por la higiene de sus camaradas. Comprenderán también nuestros mandos que la Sanidad militar organizada sólo les resta cinco hombres en cada Compañía, mientras que sin organización sanitaria, en momentos de combate, son muchos los fusileros que dejan su puesto para llevar a los camaradas heridos. No es necesario insistir. Las experiencias de cada día llevarán a todos al convencimiento.

De estos cinco hombres, uno es un sanitario y los restantes camilleros. Esta diferenciación no debe estar en la realidad. El sanitario, en largos trayectos, tendría que relevar a sus camilleros, y éstos, a su vez, en numerosas ocasiones habrían de hacer de sanitarios.



exactamente, a nuestro modo de ver, a las necesidades reales que múltiples experiencias nos han hecho sentir. Este personal es el imprescindible para desempeñar su misión, siempre, claro está, que, como ocurre frecuentemente, no sean empleados en otros menesteres.

Queremos que nuestros mandos comprendan esta necesidad sanitaria, alejando de sí la idea tan perniciosa de que los sanitarios sólo son útiles en combate. Por fortu-

Quisiéramos que esta tendencia de nivelación que creemos totalmente justa se infiltrase en todos nuestros hombres. Hay que elevar a los camilleros al nivel de los sanitarios. Todos, absolutamente todos los hombres de Sanidad, deberán saber llevar una camilla, trasladar un herido a brazo y prestar una primera cura.

Gráfica Administrativa. C. O.—Rodríguez San Pedro, 32.—Teléfono 41813.