



LA VOZ de la SANIDAD

DE LA XV DIVISION

Núm. 24

17 Enero de 1938

Nuestra Escuela

ante nuevas tareas

Es el quinto mes de existencia de nuestra Escuela. Ya tiene tras de sí cinco cursos. Ella ha cumplido su tarea: el número de sanitarios, que sólo por la Escuela se han hecho auténticos sanitarios, alcanza casi 150; ella ha creado un cuadro de "profesores" entre los mismos sanitarios; ha transformado prácticamente la Sanidad de la Compañía en nuestra División.

¿Y ahora qué? La Escuela aún podría continuar su curso durante largo tiempo—el número de los sanitarios que necesitan enseñanza es todavía elevado—. Queremos que todos los sanitarios de nuestra División pasen por la Escuela; esto necesita todavía su tiempo.

Pero la situación ha cambiado en estos últimos días. Nuestra Escuela ya no está sola, ya tiene hijos legítimos. En una de nuestras Brigadas hay ya en pleno desarrollo una Escuela de Sanidad; en otra Unidad hay otra Escuela pendiente de apertura. En varios batallones podemos ya observar principios de una enseñanza regulada. Aun algunas Compañías se han hecho "independientes" en este sentido.

Nuestra Escuela, habiéndose multiplicado, se ha hecho así superflua, por lo menos en la forma

que ha venido funcionando hasta ahora. De aquí podemos sacar dos conclusiones distintas: o bien es tiempo ya de liquidarla, o bien debemos elevarla a un nuevo peldaño. Queremos elegir la segunda.

En nuestra Escuela, un grupo de sanitarios se ha destacado en particular por su celo al trabajo y su inteligencia. Han asimilado la materia ofrecida por nosotros como jugando y han sabido transmitir sus conocimientos a otros. Muy pronto se hicieron ellos mismos los verdaderos profesores de la Escuela. No se pueden contentar con aquellos conocimientos adquiridos ni tampoco deben contentarse. Naturalmente, el camino de la autodidáctica está para ellos abierto, pero esto no es suficiente.

Un Ejército Popular como el nuestro debe ofrecer ocasión de progreso a sus mejores soldados. El Ejército no se puede contentar con apoyarse en sus viejos cuadros, que pudieron subir gracias a su pasada posición social más o menos privilegiada. En todas las Unidades de nuestro Ejército existe la posibilidad para cada uno de los soldados, no solamente de capacitarse, sino también de ocupar un puesto de responsabilidad correspondiente a sus méritos y conocimientos. La Sanidad

en este sentido no debe tampoco retraerse. Naturalmente, ahora no es el tiempo para enviar los más capaces en número elevado a las Escuelas de retaguardia. Pero podemos crear aquí, en el frente, una compensación de aquéllas.

¡No entender mal! No hablamos de Escuelas del frente con todos los atributos que a ellas pertenecen, inclusive el derecho de ascenso en categoría. Nos importa la administración de conocimientos, pero su asimilación no implica obligatoriamente una consecuencia exterior. Hablando concretamente: Queremos crear nuevos practicantes, o mejor dicho, sanitarios con conocimientos más elevados, de entre los cuales más tarde se podrán sacar los practicantes. Teniendo una vez tales sanitarios, asignaremos a ellos la función que les corresponda. Si se acreditan también prácticamente, entonces se les puede dar la posibilidad de legalizar su situación, por exámenes o por cualquier otro medio, en Escuelas oficiales de practicantes.

Necesitamos ayudantes de médicos, y sobre todo pueden serlo nuestros mejores sanitarios, los que nacidos en la lucha se han revelado en los momentos críticos valerosos e inteligentes. Su entusiasmo seguramente refrescará a los viejos practicantes dormidos.

El problema tiene también otro aspecto. Tiene una importancia que rebasa quizá la duración de la guerra. España necesitará después de esta guerra asoladora grandes cuadros. Las muchas bajas de

hombres valiosos deben ser compensadas. Más: para la tarea gigantesca de la construcción de la nueva España se necesitan mayores cuadros que los que tenía el país antes de la guerra. ¿De dónde sacar los nuevos cuadros sino entre éstos que nuestra guerra de liberación ha creado? Su experiencia de la lucha y su madurez ideológica harán el milagro.

Los soldados que marcharon a la guerra como ingenuos campesinos, vuelven a la paz como nuevos impulsores de la cultura, conscientes de su misión políticocultural. Los de nuestra Sanidad, como enfermeros, ayudantes de médicos, trabajadores en la higiene social..., ¿y por qué no estudiantes de Medicina? Los mejores deben tener, y tendrán, la posibilidad de entrar en la Universidad, de hacerse médicos. Seguramente la irrupción de estos jóvenes campesinos en la Facultad tendrá un efecto de animación sobre ciertas capas de médicos. El entusiasmo de estos jóvenes salvará todos los obstáculos.

La Sanidad tendrá después de la guerra una inmensa tarea. Para dominarla hay que tener cuadros. Nuestra Sanidad Militar debe ofrecer, y ofrecerá para éstos, un manantial inagotable. Es en este aspecto donde más patente se muestra su gran importancia cultural.

Las consecuencias prácticas inmediatas las presentaremos otra vez. Si es posible, ya como informe sobre algo existente.

En todas las unidades de nuestro Ejército existe la posibilidad para cada uno de los soldados de ocupar un puesto de responsabilidad correspondiendo a sus méritos y conocimientos. La Sanidad, en este sentido, no debe tampoco retraerse.

Sobre la movilidad de los Puestos de Socorro de Batallón en combate

La conservación de la distancia que separa a los Puestos de Socorro de Batallón de la Unidad misma exige que en el combate avance el Puesto de Socorro de Batallón cuando la Unidad avanza y retroceda en las retiradas.

El Puesto de Socorro de Batallón en el combate es una unidad extremadamente móvil. Mas es necesario repetir una vez más que esta movilidad en el avance o retirada de un Puesto de Socorro de Batallón no se traduce por un movimiento uniforme, sino que se verifica a saltos.

Sabemos lo difícil, lo imposible que resulta a veces en combate incluso que exista un Puesto de Socorro de Batallón definido; mas también a veces los objetivos militares dejan de cumplirse, y ésta no es una razón para desdeñar un estudio detallado.

El médico, como el militar, elabora sobre el plano las previsiones. Podrá ocurrir a veces que, por ejemplo, una Sección, una Compañía, cualquier unidad, se verá obligada a seguir un derrotero distinto al señalado como lógico en el plano durante el estudio de la operación. Mas también esto debe estar previsto, porque es obligación del militar prever todas las posibles consecuencias.

Igual puede ocurrir con el médico. En ocasiones, después de estudiada sobre el plano una operación, después de señalados los lugares donde situar un Puesto de Socorro en los distintos saltos, podrá ocurrir que las contingencias del combate impidan que ello se efectúe en la forma señalada. Incluso esto debe estar previsto en la operación a realizar.

En todos los casos el éxito de una operación depende del profundo estudio de todas las eventualidades. Se ha dicho frecuentemente que la guerra es un juego de azar. Nada más falso.

Cierto es que la guerra no puede reducirse a fórmulas matemáticas: hay, evidentemente, factores eventuales. Precisamente el éxito del militar estriba en estudiar estas eventualidades, hasta tal extremo, que se reduzcan a un mínimo cuyo valor no pueda influir de manera decisiva en la operación a realizar. Igual con el médico. Con un

estudio atento y detenido podrá aminorar considerablemente los factores eventuales en la preparación sanitaria de una operación.

Para todos los problemas cabe señalar directrices más o menos consistentes, y esto es lo que nosotros pretendemos en este momento.

El problema que ahora nos proponemos plantear es el que responde a las preguntas ¿Dónde, cuándo y cómo se deben hacer los cambios del Puesto de Socorro de Batallón?

¿Dónde deben efectuarse los saltos de un Puesto de Socorro de Batallón en combate?

Naturalmente que esta longitud es siempre dependiente de las condiciones del terreno y sujeta a múltiples modificaciones. En general, aproximadamente, puede decirse que el nuevo Puesto de Socorro se situará a una distancia del anterior semejante a la que separa en el momento inicial de combate la fuerza combatiente del Puesto de Socorro.

Así, según esto, suponiendo que inicialmente el Puesto de Socorro de Batallón esté a 700 metros de la línea, deberá avanzar a saltos de 700 metros. Naturalmente que esta dimensión general de 700 metros en el caso que tratamos está sujeta a múltiples modificaciones

que son condicionadas por la estructura del terreno. Si, por ejemplo, a los 800-900 metros se encuentra una zona del terreno que ofrezca seguridades respecto a la vista y tiro del enemigo, claro es que a este lugar se trasladará el Puesto de Socorro de Batallón. Si, al contrario, se encuentra una zona de seguridad máxima, un primitivo fortín, por ejemplo, a los 500 metros, éste será el lugar donde se efectuará el salto del Puesto sanitario. Mas siempre dentro del límite, que sólo en casos excepcionales deberán llegar al doble de la distancia inicial.

En idéntico sentido podríamos expresarnos para los casos de retirada, siempre de acuerdo con el mando militar.

¿Cuándo debe efectuarse el salto del Puesto de Socorro de Batallón?

Teniendo en cuenta que el objeto de la movilidad de esta formación sanitaria es mantener una distancia regular con la fuerza en combate, teniendo en cuenta también que los saltos variarán dentro de límites cuyo centro es la distancia que separa corrientemente al Puesto de la línea, los saltos en general deberán efectuarse cuando la distancia inicial se despliegue. Como hemos dicho anteriormente respecto a la distancia, repetimos ahora; el salto podrá darse antes o después, pero variando siempre dentro de límites de tiempo en función del espacio cuyo centro es precisamente el de esta duplica-

ción de la distancia. Así, en el ejemplo puesto anteriormente de 700 metros de distancia del Puesto de Socorro a la línea (se supone una operación en terreno con frecuentes desniveles), el salto deberá efectuarse cuando la fuerza se encuentre a los 1.400 metros de su punto de partida, con las modificaciones que hemos señalado, impuestas por las características del terreno y del combate.

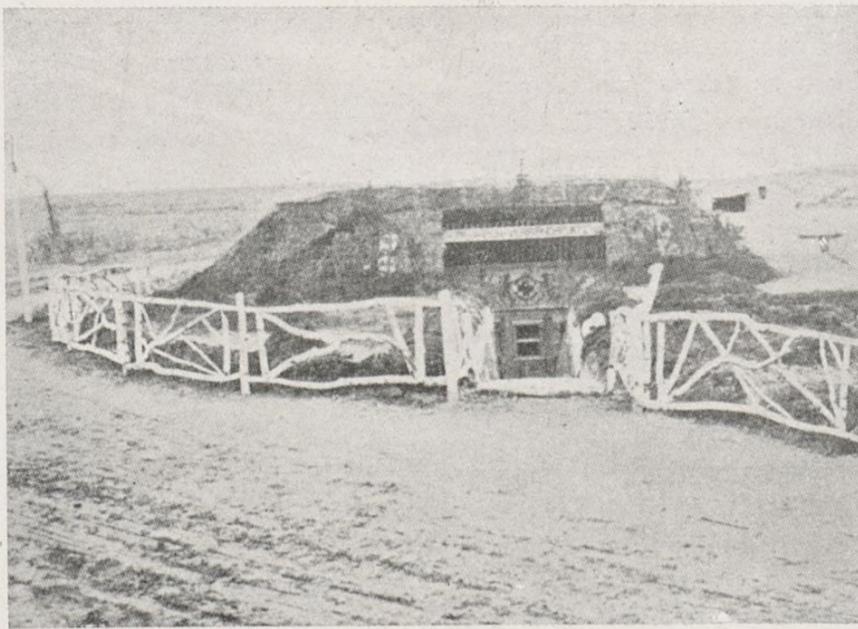
Respecto a las retiradas, el señalar cuándo un Puesto de Socorro de Batallón debe retirarse, es de todo punto imposible dar reglas generales más o menos elásticas. Se requiere, naturalmente, en estos casos una orden militar escrita; pero también a veces el médico se verá en la alternativa de tener que decidir por sí solo. Lógico es que el médico atenderá, en primer lugar, a evacuar a todos los heridos, y en este caso, inminente la proximidad del enemigo, podrá disponer el traslado de su Puesto. Mas a veces el médico podrá encontrarse con la imposibilidad absoluta de hacer esto... En todos los libros de Sanidad Militar, los médicos del Ejército Popular hace ya mucho tiempo que hemos leído con sorpresa acuerdos de la Sección sanitaria de la Sociedad de Naciones que "resuelven" este problema. En estos casos, las naciones comprometidas aconsejan al médico que enarbole la bandera de la Convención de Ginebra y que él quede con sus heridos. "Será respetado—dicen ellos—; incluso podrá seguir cuidando de los heridos de su nacionalidad. No quedará en calidad de prisionero. Quedará hasta el final de la guerra en la nación que le hizo prisionero, se respetará su equipaje e incluso sus armas y podrá ser enviado a una nación neutral."

Si nosotros, los médicos del Ejército español, hubiésemos conocido estos acuerdos antes de la guerra que vivimos, seguramente que hubiésemos creído en la nobleza de los firmantes de estos pactos.

Mas... cuando sabemos que nuestros heridos son bárbaramente destrozados en el campo de batalla; cuando sabemos que la aviación fascista persigue y ametralla a nuestras ambulancias en la ruta de evacuación; cuando sabemos que los hospitales son objetivos de elección de los aparatos de bombard alemanes e italianos, esperam-

DE LA SANIDAD EN LA GUERRA MUNDIAL

(Hoffmann: Los médicos a'emanes en la guerra mundial.)



Un Puesto de Socorro de Batallón en el teatro oriental de la guerra.

que se nos permita que dudemos de la eficacia de este convenio.

Otra cosa es el Ejército Popular. En Brunete, en Villanueva del Pardillo, en Villanueva de la Cañada, en Teruel, en todos los frentes donde un herido de las filas facciosas ha caído en poder de nuestras tropas, la conducta de nuestros hombres ha sido muy otra, y nosotros, como médicos, hemos curado sus heridas y aliviado sus dolores con más interés que lo hubieran hecho en sus filas.

Pero nosotros sabemos a qué aienemos. Además de médicos somos militares que luchamos por un ideal... Y no nos ampararemos en el convenio de Ginebra.

¿Cómo hacer el traslado de un Puesto de Socorro de Batallón?

Ya en alguna ocasión hemos dicho que la naturaleza de los Puestos sanitarios exige que ningún momento el Puesto de Socorro de Batallón deje de funcionar.

Por lo tanto, ha de trasladarse y a la vez seguir su funcionamiento hasta la instalación del nuevo Puesto. Se consiguen fácilmente estos dos objetivos haciendo uso de una propiedad de los Puestos de Socorro de Batallón que hemos expuesto en otro lugar: la capacidad de desdoblamiento.

En estos casos se trata de un desdoblamiento en profundidad. Efectivamente, señalado el punto del traslado y llegado el momento, el Puesto de Socorro no se trasladará en masa, sino parte de él, como si se tratara de montar otro Puesto. El anterior sigue funcionando hasta que el nuevo esté instalado y en funcionamiento, dirigidos los camilleros a la nueva posición por los sargentos sanitarios de los grupos de Brigada que se pueden destacar en combate precisamente a dirigir las evacuaciones.

Naturalmente que salta a la vista una necesidad: el material sanitario de los Batallones ha de ser de traslado fácil. Y esto nos parece también un punto importante a tener en cuenta en la estandarización del material sanitario. Teniendo en cuenta que en la situación de los Puestos de Socorro de Batallón la responsabilidad en el aspecto sanitario es del médico, si no hay una orden superior, debe ser él personalmente quien indique y señale el emplazamiento.

Repetimos una vez más que estas líneas de conducta son variables en cada caso en amplios límites y que sólo pretenden servir de directrices.

La exposición de los datos anteriores nos empuja a hacer hincapié en la necesidad imperiosa de que el médico, en contacto íntimo con el militar, elabore conscientemente la operación ofensiva;

es la obligación del médico en los momentos de reposo de tener siempre previstos los lugares a colocar un Puesto en caso de una retirada, y, finalmente, en el combate, que tenga constantemente con el Mando un enlace que le notifique en todo momento no sólo órdenes de aquél, sino la situación del frente y sus vicisitudes para obrar en consecuencia.

tillería enemiga. Lo que sí puede evitarse en muchos casos es la situación junto a objetivos militares de primera importancia, tales como reflectores, depósitos de municiones, baterías, etc.

El enmascaramiento ocupa un lugar de primera importancia. Se procurará huir, en términos generales, de las casas, a no ser que éstas estén con un *camouflage* natural conveniente.

Aunque precisamente en nuestra práctica las casas han sido utilizadas frecuentemente por nosotros, lo han sido siempre con este condicionamiento y en zonas donde la cantidad de arbolado permitía fácilmente el *camouflage* del pasaje de ambulancias adjuntas.

En general, se prefieren las zonas con arbustos y bosques, donde las máximas condiciones del *camouflage* se reúnen. En este sentido tenemos ya observado Puestos, al aire libre, con un perfecto funcionamiento. Se dice, ciertamente, que estos Puestos tienen el inconveniente del trabajo nocturno, ya que no hay probabilidades de encender luz alguna. Si se piensa que la mayor parte del tiempo en los Puestos de Clasificación se emplea en el descenso, clasificación y ascenso a las ambulancias de los heridos, que aunque haya casa tiene forzosamente que hacerse al aire libre, se verá la inconsistencia de esta afirmación.

Conocemos varios Puestos, con o sin tiendas de campaña, que han funcionado bien en este sentido.

Puestos de Clasificación

VI

Situación de los Puestos de Clasificación en combate

II

Situación con respecto a los extremos de la unidad en combate.

Mientras que en los Puestos de Socorro de las pequeñas unidades es una de las condiciones que han de guardar una relación de equidistancia con respecto a los extremos de su unidad, aquí, en el Puesto de Clasificación, este carácter pierde totalmente importancia. No importa cuál sea esta relación. Incluso puede situarse fuera de los extremos de esta unidad, como fácilmente se comprende. Lo que interesa es la convergencia de los caminos de evacuación, que en este sentido ocupa un lugar primordial.

Respecto a la situación misma del puesto, elegido ya el terreno, se tendrá siempre en cuenta que en general el Puesto de Clasificación cae dentro de los límites de acción de los distintos calibres de Artillería, y en este sentido, a más de situarse en un lugar desenfilaado como anteriormente hemos dicho, se construirán con la resistencia necesaria para estos calibres, o al menos se fabricarán con la rapidez necesaria refugios *ad hoc*.

En este sentido, es siempre un riesgo que los Puestos de Clasificación tengan que estar con las condiciones de su funcionamiento cerca de las rutas de evacuación, que son a la vez, por regla general, las rutas militares ordinarias batidas preferentemente por la Ar-



Puesto de Clasificación de una Brigada en la Sierra.

En el *avance y en la retirada*, si una y otra son de límites medianos, de cuatro a cinco kilómetros de fondo, los Puestos de grandes unidades no variarán su posición. Sí lo harán los Puestos de Clasificación de Brigada, a grandes saltos ya previstos sobre el plano en uno u otro sentido.

En estos casos se requiere como condiciones previas que el Puesto de Clasificación no se traslade en masa en un momento dado. Se requiere que los Puestos de Clasificación tengan una capacidad de desarrollo para que en un momento dado, con un sobreesfuerzo de todos, pueda marchar a montar el nuevo justo personal y material suficiente mientras que el restante continúa su funcionamiento. *El Puesto de Clasificación no puede suspender su funcionamiento en ningún momento.*

La práctica nos ha hecho conocer estos traslados ya en alguna ocasión y actuamos de la forma antes dicha. Instalado ya el nuevo Puesto, si se trata de un avance estratégico de carreteras para dirigir las ambulancias a los medios de que se trate en la nueva dirección. A la vez enviará un enlace al antiguo Puesto, que aún persiste, y sólo en este momento se deberá efectuar el traslado definitivo.

Si se trata de una retirada, inmediatamente después de instalado el nuevo Puesto lo comunicará al anterior mediante un enlace. Y se trasladará, *dejando una guardia en la carretera, para dirigir las ambulancias al nuevo Puesto.* Si entre el antiguo y el nuevo Puesto hay algún cruce de carreteras dejará igualmente una guardia en cada una de éstas para señalar a las ambulancias la dirección exacta. Podrán parecer nimios estos detalles que señalamos, pero sin embargo los creemos de gran interés. Algunas veces hemos visto en un cruce de carreteras una ambulancia sin saber a ciencia cierta qué camino tomar después de uno de estos traslados del Puesto de Clasificación.

De igual forma se actuará con los traslados del Puesto de Clasificación de grandes unidades cuando las condiciones del combate lo aconsejen.

Naturalmente que estas decisiones de cambios entrañan una gran

responsabilidad y es siempre preferible que sean autorizadas y dispuestas por los Mandos sanitarios, aunque creemos que bajo su responsabilidad, notificándola al Mando inmediatamente; un jefe del Puesto de Clasificación está autorizado en un momento extremo para disponer por su cuenta uno de estos traslados.

Para terminar con la situación de los Puestos de Clasificación existe una curiosa disposición, vista en alguna ocasión, y que es importante señalar porque puede servir de pauta en condiciones de terreno semejantes.

Se trata del desdoblamiento del Puesto de Clasificación y del punto de ambulancias, que queda a unos dos kilómetros a retaguardia. Esta división estaba condicionada por el terreno. Todo llano, casi sin árboles, en una mancha de éstos se situó el Puesto de Clasificación. Las ambulancias situadas en aquel lugar, sin probabilidad de *camouflage*, hubieran delatado el Puesto. Era necesario separarlas y se buscó un lugar dos kilómetros a retaguardia, donde en un amplio llano estaban aquí y allá repartidas. El funcionamiento era

sencillo. En el Puesto siempre había dos ambulancias. Llegaba del frente al Puesto una ambulancia, se hacía el traslado a otro de los existentes y ambas salían, una hacia el frente y otra hacia el hospital. Automáticamente, cuando el jefe del Puesto de ambulancias veía pasar una en dirección al hospital, enviaba inmediatamente otra al Puesto, que aseguraba la continuidad del servicio. Un enlace perfecto completaba la organización. Esta innovación, que será utilísima en todos los casos de condiciones semejantes, no está demás que la señalemos.

Etapas sanitarias en la guerra mundial y ahora

Sobre las etapas por que pasa un herido y las funciones de los mismos.

¿Por cuántas etapas pasa el herido?

quirúrgica definitiva? El problema tiene una trascendencia extraordinariamente grande.

En el curso de esta guerra, el proceso de la primera cura—en el

principio, el número de etapas estaba sujeto a grandes variaciones. Había sitios donde el herido iba dirigido directamente desde el Puesto de Socorro de Batallón al hospital; otros, por el contrario, donde se recorrían hasta cinco etapas antes de la intervención quirúrgica. ¿Por qué la primera forma no es recomendable durante una batalla? En otro lugar trataremos de ello. En lo que concierne a la segunda forma, es claro para cualquiera que las paradas frecuentes deben retardar mucho la evacuación y con ello la intervención quirúrgica.

Pero cada una de las etapas no significaba solamente una sencilla parada; además se entendía como obligación el revisar la cura hecha en el primer Puesto de Socorro, o mejor dicho, en el precedente. Así, el traslado sufría retardos todavía más considerables. En la gran mayoría de los casos inútilmente y aun con perjuicio para el herido. Porque ¿en qué consistía la rectificación de la primera cura? En la mayoría de los casos sólo en la renovación de los vendajes, frecuentemente arbitraria y algunas veces ejecutada indistintamente para todos, sin tener en cuenta si el herido lo necesitaba o no. A menudo esto ha sido, más que una ayuda eficaz, la consecuencia de una curiosidad y un deseo de hacer un registro exacto. En casos extremos el herido recibía las "primeras curas" siguientes: El sanitario de Compañía hacía el primer vendaje provisional; el practicante del Puesto de Socorro avanzado de Batallón lo revisaba; en el Puesto de Socorro se rehacía y esto se repetía en el Puesto de

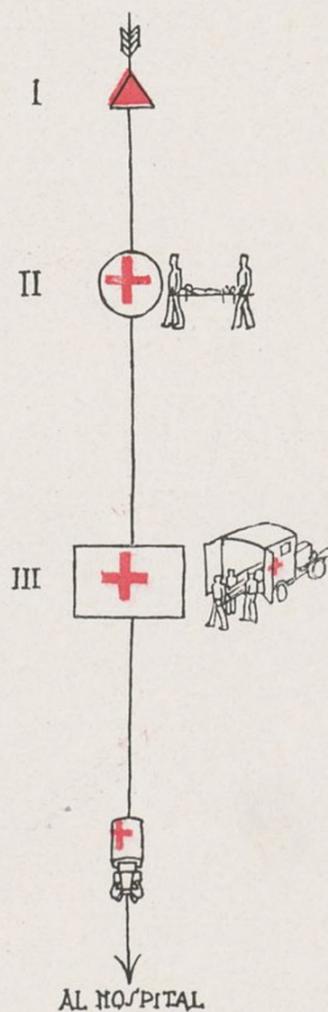
ETAPAS GUERRA MUNDIAL



- I. Puesto de Socorro de Compañía.
- II. Puesto de Socorro de Batallón.
- III. Puesto de Socorro de Regimiento.
- IV. Puesto de Socorro de División.

¿Cuántas estaciones tiene que recorrer hasta que llega al hospital donde se le presta la ayuda

ETAPAS AHORA



- I. Puesto de Socorro de Compañía.
- II. Puesto de Socorro de Batallón.
- III. Puesto de Clasificación.

sentido amplio: la asistencia hasta el cirujano—ha sufrido transformaciones fundamentales. Al

Clasificación de la Brigada. Dado que todos los heridos eran enviados a un hospital, allí no se podía hacer muchas veces hacer todas las operaciones necesarias; nuestro herido, si no tenía suerte, tras una nueva revisión de su vendaje, era enviado a otro hospital.

Este estado de cosas no ha sido sólo un signo de desarrollo limitado, que nuestra Sanidad tenía entonces; un modo de trabajo parecido existía también en la gran guerra. Los Manuales de Sanidad prescriben una evacuación de heridos calculada estrictamente sobre escalonamiento de las formaciones. Es decir, de la Compañía se evacua al Puesto de Batallón, de allí al Puesto de Socorro de Regimiento, y, en fin, pasando por el Puesto divisionario al hospital. Todos estos Puestos tienen funciones idénticas, sólo diferentes cuantitativamente: triage, rectificación de la primera cura y evacuación. Es evidente, que se han llegado a comprender las desventajas de las "rectificaciones" repetidas de la primera cura y se han tratado de reducirlas de esta manera: los heridos marcados con una indicación en su ficha, no deberán someterse a este "trato"; pero tales indicaciones tienen un valor condicional, porque muchas veces no se pueden llegar a hacer. En todo caso, las mencionadas etapas han quedado, por lo menos, como estaciones de evacuación.

La experiencia nos ha enseñado dos cosas: se trata de reducir a toda costa el número de las etapas para el herido y hay que dar a cada etapa funciones específicas muy concretamente definidas. Creemos haber encontrado la solución del primer problema y estar en camino de resolver el segundo también.

Entre el Puesto de Socorro de Batallón y el hospital (precisamente el hospital en que el herido recibe ayuda quirúrgica definitiva) tiene que haber solamente UN Puesto sanitario: el Puesto de Clasificación. Decimos el Puesto de Clasificación, porque queremos prescindir a qué Unidad (Brigada, División o Cuerpo) pertenece. Esto quiere decir que existiendo un Puesto de Clasificación de Brigada, los Puestos de Clasificación de División y Cuerpo no tienen razón de existir; la existencia de un Puesto de Clasificación de Di-

visión excluye la existencia de un Puesto de Clasificación de Brigada, etc.

Estas no son consideraciones teóricas: hablamos por una experiencia extensa y múltiple. Este conocimiento ha surgido sólo al crearse Unidades mayores que la Brigada. La batalla del Jarama, con el primer Puesto de Clasificación de División en nuestra guerra, ha sido para nosotros la primera piedra. Desde entonces, este conocimiento se ha afianzado en otras operaciones. Indicaremos en otro lugar algunas raras situaciones que necesitan una variación de la norma.

Creemos que esta enseñanza de nuestra guerra nunca podrá ser bastante valorada: la consideramos un progreso fundamental con

relación a la Sanidad de la gran guerra.

Sobre la segunda tarea—especificación de las funciones de cada Puesto sanitario—podemos ser muy breves. El Puesto de Batallón tiene las siguientes funciones: triage, rectificación de la primera cura (o la primera cura misma), fichaje y evacuación, de las cuales la primera y la última son incondicionales y la segunda y tercera función condicionadas.

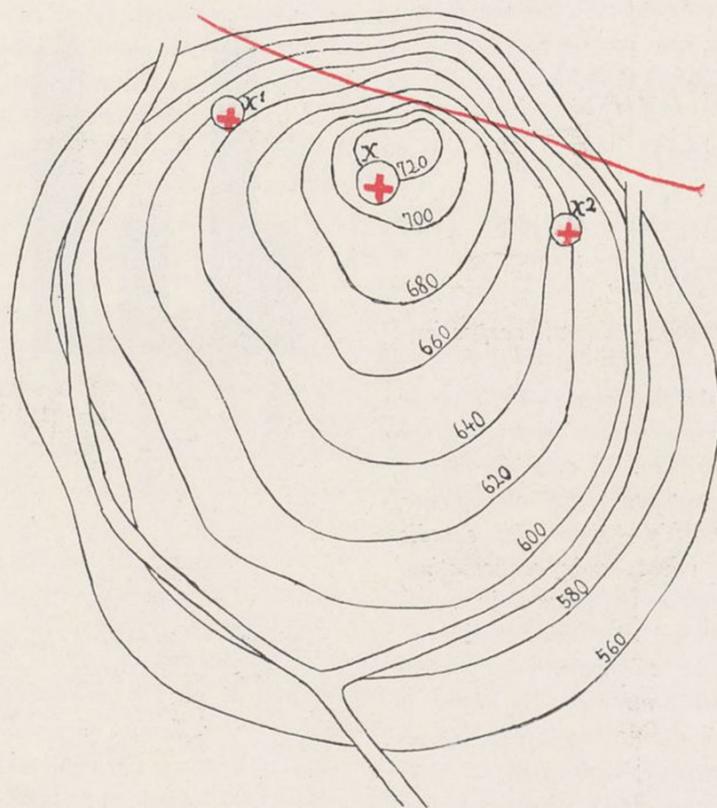
En lo que se refiere a las funciones del Puesto de Clasificación, han sido ya tratadas globalmente en artículos anteriores. Seguidamente serán especificadas con más detención. Empezamos con el examen de las funciones triage y rectificación de la primera cura.

(Continuará.)

Puestos de Socorro de Batallón subdivididos y fusionados

Existen algunas peculiaridades características de los Puestos de Socorro de Batallón que no son

refiere a la propiedad de los Puestos de Socorro de Batallón de desdoblarse y, al contrario, de fu-



de todos conocidas (nos referimos, naturalmente, a los nuevos médicos militares) porque aún la práctica no ha hecho sentir su necesidad en la mayor parte de los casos. De entre estas particularidades queremos mencionar la que se

sionarse con Puestos de Socorro de Batallón vecinos, según lo requieran las condiciones del momento o las imposiciones del terreno.

Respecto al primer punto, el hecho es conocido ya de muchos, y

sólo nos interesa puntualizar las razones de su existencia.

En los frentes estacionados en situación estable, la existencia de un Batallón de dos Puestos de Socorro sólo puede tener dos justificaciones. O cuando el frente a cubrir sea desmesuradamente extenso, o cuando sin serlo mucho, sobre todo en terreno montañoso, las disposiciones especiales de las vías de evacuación, las pendientes existentes del terreno aconsejan la evacuación por dos caminos distintos. Respecto al primer punto, no hay duda posible. Por lo que al segundo caso se refiere, en el esquema adjunto muestran una disposición, que hemos podido vivir, donde el desdoblamiento del Puesto de Socorro de Batallón se impuso. Como se ve, la zona ocupada es una cota de 700, cuyo desnivel está muy pronunciado precisamente en la zona por donde están situadas las primeras líneas, señaladas con la línea roja. Por ambos lados de la cota, a la altura de la curva de nivel 600, pasan dos carreteras que permiten el paso a las ambulancias.

Según los datos ya de todos conocidos, el Puesto de Socorro de Batallón que cubre esta zona debería haberse situado en el punto equidistante de los extremos, es decir, precisamente en el punto más alto (próximamente punto X).

Más pensemos en las dificultades de traslado y el tiempo que se pierde para un herido que cae en A. Primero deberá ser trasladado por este terreno malo y gran pendiente hasta el Puesto de Socorro (el lugar X). Una vez curado volverá a descender al encuentro de una de las vías de evacuación donde está dispuesto el material de ambulancias.

Estos hechos, que en los primeros días de nuestra estancia se produjeron en alguna ocasión, nos hicieron pensar en la necesidad de desdoblar el Puesto, como se efectuó, situándose los dos Puestos en los lugares 1 y 2 señalados en el esquema.

Ciertamente que en este caso es quizá uno de los más típicos en que el terreno imponga las necesidades de desdoblar el Puesto de Socorro; mas el hecho existe y sólo pretendemos dar una prueba de esta propiedad de los Puestos de Socorro de Batallón.

Decimos propiedad, porque ya el personal sanitario de los Batallones permiten esta duplicidad.

En uno de los Puestos se sitúa el médico con la mitad del personal y el otro es ocupado por el practicante con el personal restante.

Respecto al material, hasta el momento se ha resuelto la partición de una manera improvisada. De desear sería que cuando se trate de la estandarización del material sanitario de los Batallones se tuviera en cuenta esta propiedad de los Puestos de Socorro para ajustar el material a estas necesidades esporádicas.

En el combate, si la zona ocupada por la Unidad es muy amplia, o si el terreno lo impone, es lógico que como en los casos anteriores el Puesto de Socorro de Batallón debe estar desdoblado. Mas, en combate, y enfrente a esta capacidad de desdoblamiento en existencia de los Puestos de Socorro, existe otra calidad no

menos importante: el desdoblamiento en profundidad, es decir, la situación, siquiera momentánea, de los dos Puestos escalonados a distancias distintas del frente, como ocurre en los casos de avance o retirada. Mas, en realidad, esto forma parte de la situación y del comportamiento del Puesto de Socorro de Batallón en combate y será tratado en otro lugar.

Respecto a la capacidad de fusión de dos Puestos de Socorro próximos, el problema es, en cierto modo, una anátesis de lo anteriormente enunciado. En un caso vivido por nosotros se trataba de dos Batallones actuando muy próximos, con ruta de evacuación única. Hemos visto en otra ocasión a un Batallón situado momentáneamente en segunda línea fundir su Puesto con el del Batallón que más próximo ocupaba la primera.

Las posibilidades son varias y el problema nos parece suficientemente claro.

centajes que se expresan en la figura 1.

REPARTICION DEL PORCENTAJE DE HERIDOS EN CRANEO CARA Y CUELLO

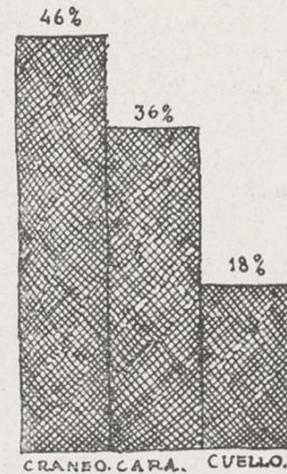


FIGURA 1

Refiriéndonos al miembro superior, incluimos en nuestra pasada reunión los heridos de hombro, y en cuanto a frecuencia, podemos establecer la relación siguiente:

REPARTICION DEL PORCENTAJE DE HERIDOS EN EL MIEMBRO SUPERIOR

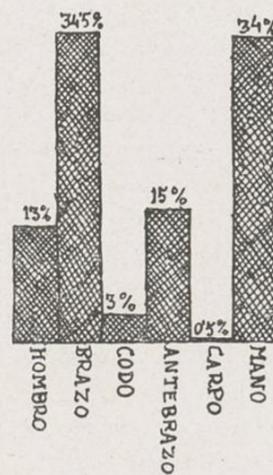


FIGURA 2

1, Brazo; 2, Mano; 3, Antebrazo; 4, Hombro; 5, Codo; 6, Muñeca, con los porcentajes que se expresan en la gráfica 2.

Después el camarada MAS, con arreglo a lo acordado en la re-

Sorprende en el anterior gráfico el elevado porcentaje de heridos de mano, que a primera vista podría hacer pensar en un número elevado de automutilaciones.

Hemos podido en un gran número de estos casos estudiar detenidamente las lesiones producidas, y los automutilados que han sido controlados son sólo un pequeño porcentaje entre heridos de mano.

En el miembro inferior la relación de frecuencia es:

1, Pierna; 2, Muslo; 3, Pie; 4, Región glútea y de la cadera; 5, Rodilla; 6, Articulación de la garganta del pie. (Fig. 3.)

Comparando estos datos del miembro inferior con los ya obtenidos del miembro superior, se aprecia en primer lugar un paralelismo ante la frecuencia de lesiones en partes homólogas, y salta a la vista que dentro de este paralelismo general hay una excepción: el brazo se corresponde con la pierna y el antebrazo con el muslo.

Finalmente, en los heridos de

REPARTICION DEL PORCENTAJE DE HERIDOS EN EL MIEMBRO INFERIOR

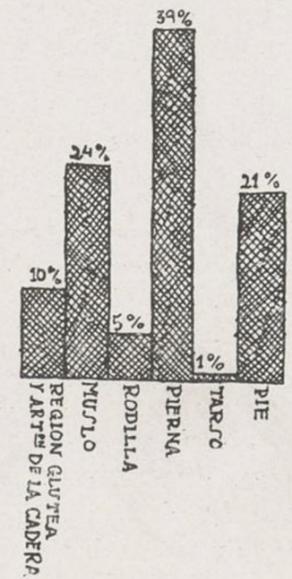


FIGURA 3

viembre incluimos en nuestra comunicación anterior los de genitales, que están con aquéllos en una relación de un 4 por 100.

unión anterior, leyó el trabajo que a continuación damos:

Comentario a una respuesta

Después de leída en nuestra última reunión la comunicación del camarada Max Hodann sobre el problema del sexo, y especialmen-

te su contestación a un camarada sobre la peligrosidad o no del onanismo, quiero sentar mi opinión sobre este problema, según está

Reuniones médicas

El día 10 del corriente, en nuestro Puesto de Clasificación, se celebró la reunión médica acostumbrada.

En ella se comunicó primeramente la continuación de la serie de trabajos sobre estadísticas sanitarias, que insertamos aquí.

ESTADISTICAS SANITARIAS (Cuarta comunicación)

Especificación detallada de las bajas por regiones anatómicas

En nuestra anterior comunicación se trató en su segunda parte de la distribución de heridos por regiones anatómicas, y con objeto de poder establecer una comparación con las estadísticas de la Gran Guerra, requieren la misma distribución en regiones que en las citadas estadísticas.

No obstante, nuestros datos en este sentido son más precisos y nos parece necesario especificar más detalladamente esta distribución regional. Así, en nuestra anterior comunicación hablamos en general de "heridos de cabeza", y en aquellas cifras iban incluidos lógicamente los heridos de cráneo, cara y cuello. Hablamos también de "miembros superiores" y "miembros inferiores", incluyendo en esto hombro y cade-

ra y región glútea, respectivamente.

Pretendemos ahora desglosar de este conjunto una especificación más detallada, no sólo con objeto de puntualizar más claramente, sino también porque del estudio de estos datos más esquematizados resultan algunas deducciones que creemos interesante consignar.

Téngase en cuenta que, faltos para estos datos de los tipos de comparación necesarios, los resultados que exponemos no pretenden en modo alguno sentar plaza de hechos definitivos, ya que se refieren a cifras relativamente pequeñas y el margen de error es grande.

Si dividimos la cabeza en cráneo y cara e incluimos en éste los heridos de cuello, obtendremos la siguiente relación de frecuencia: cráneo, cara y cuello, con los por-

planteado, por diferir en algún punto con Max Hodann.

Este señala en su primer artículo la necesidad que la mayor parte de los que nos interesamos por este problema sentimos de abordarlo de una manera nueva, dejando a un lado conceptos anticuados y antibiológicos de la moral, de las exigencias de una sociedad corrompida sexualmente, etcétera, y señala los derroteros por que ha de orientarse este problema. Hace hincapié, especialmente, en la necesidad de hacer sufrir una transformación de las ideas actuales sobre el sexo, liberando estos problemas del velo que todavía los encubre, y dice: "El problema del sexo es sólo de esclarecimiento, es un problema educativo el que tenemos enfrente", y termina diciendo que es necesaria la enseñanza de lo que al sexo se refiere y de momento parece ser iniciar esta enseñanza sobre la inofensividad del onanismo, considerando y preconizando este medio como derivativo ideal en las circunstancias actuales del soldado para la satisfacción del deseo. En carta-comunicación posterior dirigida a un camarada, vuelve a señalar claramente la inofensividad de este medio. Es sobre esto sobre lo que queremos señalar nosotros.

El onanismo, efectivamente, se considera hoy por muchos como un medio de detumescencia inocuo, por no haberse podido señalar síntomas patológicos en ningún caso achacables a él. Creo, sin embargo, que su manifestada inocuidad absoluta es aventurado el preconizarla, pues si bien no parece haber producido nunca trastornos orgánicos claros irreparables—ya que la relajación del poder de tumescencia que se observa en muchos casos, así como la semianestesia sexual que ha producido en otros, no se pueden considerar como irreparables por haberse observado que una vez orientada la satisfacción del instinto de una manera reglada e intersexos han desaparecido estos trastornos—si en otros casos de número no despreciable la masturbación ha llevado al individuo entregado a ella a sufrir trastornos psíquicos difícilmente arreglables, como el mismo Max Hodann señala al decir la casi imposibilidad en que nos encontramos para convencer a un onanista de que sus trastor-

nos superficiales no tienen importancia y no son verdaderas manifestaciones patológicas. Max Hodann, recuerdo de su trabajo, ante la certidumbre de la existencia de estos casos, nos dice: "¿Cómo se va a convencer a un hombre que declara que si no ha estado enfermo todavía, pudiera estarlo más adelante?" Bien; pero disentimos, porque al indicar la existencia de estos casos no podemos negarlos y ellos son el exponente de trastornos de la esfera psíquica, de la que no desconocemos el valor incomparable que tiene en la vida de un hombre y en relación directa para la sociedad. De modo que una vez reconocida la existencia de estos casos, es indudable que en cada uno de ellos estamos ante una afección patológica, ante una enfermedad de manifestaciones psíquicas, lo que influye indudablemente en nuestras ideas acerca de la inocuidad del onanismo. Recordamos que estas manifestaciones anormales que puede producir el onanismo en algunos casos es creencia general que tienen por base trastornos predisponentes; que la inversión sexual con todo el cortejo de aberraciones que la adornen; que la abstinencia sexual, e incluso la castidad, es decir, todos aquellos trastornos desequilibrantes de la normalidad sexual fisiológica, encierran en su fondo una aberración de la psiquis del individuo, lo que hace que un trastorno inversivo, abstinento o casto lo tengamos que considerar como anormalidad de la patos. ¿Es que la masturbación—aun recordando como nos señala Max Hodann la importancia que como manifestación dependiente del sexo tiene en las diversas maniobras inconscientes de los niños—no es una anormalidad? No podemos considerarlo como un proceso normal de satisfacción, aparte de su pretendida inocuidad para el onanismo, porque no podemos parangonarla con las maniobras inconscientes de los niños. Tenemos que tener en cuenta que estas manifestaciones del instinto sexual en los niños hay que considerarlas como manifestaciones externas de un instinto no desarrollado, larvado; pero el onanismo en nuestro caso, es decir, en púberes y adultos, produce su tendencia y ejecución cuando el instinto se ha desarrollado y la naturaleza ha llegado a dotar al individuo de una poten-

cialidad sexual positiva. En contra de considerar al onanismo como normal, tenemos también el ser un proceso antibiológico. La Biología señala como normal, en la satisfacción del instinto sexual, la conjunción de los dos sexos opuestos en los animales superiores, e incluso no podemos considerar biológicamente al onanismo como un medio de los que interviene regularmente en el cortejo amoroso de los sexos en el hombre ni en los animales.

En este punto las cosas, creo no podemos considerar al onanismo inocuo, pues dado que no produzca trastornos orgánicos, no podemos asegurar el que no sea el responsable de los trastornos psíquicos observados por todos en variedad de casos, o en otro caso que no sea la consecuencia de un trastorno psíquico existente en el individuo y que este trastorno arraigue con más intensidad en él cuando se aferra a este medio derivativo de satisfacción.

Después de esto, no es que pretenda sentar el criterio de la pe-

ligrosidad excesiva del onanismo, como tampoco le tengo en la actualidad de su inocuidad absoluta. Lo que pretendo es sentar que la iniciación de una campaña de educación sexual no podemos comenzarla a partir de este punto, pues hay consideraciones de tipo cultural, y en especial sobre el sexo en nuestro pueblo, quizá algo excepcionales, y pienso en el peligro de dar un arma, como es el de la inocuidad del onanismo, un algo precipitadamente a guerreros que no la sepan manejar, necesitándose gran maestría y tacto para ello.

De acuerdo en la urgencia que el problema que nos ocupa tiene, creo sólo podemos entregar este arma con condiciones, considerando que el onanismo no es peligroso más que sometido a un reglaje de marcha lenta e iniciando la campaña sobre educación sexual enseñando qué debe hacerse para uso de él y señalando los derroteros biológicos, eminentemente biológicos, por que debe marchar el sexo y la moral sin transmutaciones.

El camarada GORYAN leyó después:

Sobre la organización de los hospitales de campaña

II

Para la distancia del primer hospital de campaña la experiencia de la Gran Guerra nos ha dado la norma de 12 a 15 kilómetros. El número se basa principalmente en los datos de la eficacia de la artillería enemiga. El alcance de los calibres 7,5 y 10,5 es habitualmente de 4 a 5 kilómetros tras nuestras líneas; el de los cañones de calibre del 15 hasta 10 kilómetros; es decir, una formación sanitaria tan importante como el hospital de campaña debería ser situada más allá de esta distancia.

Esta consideración vale también para nosotros—en esta guerra apenas se han empleado hasta ahora cañones de mayor calibre que los mencionados, por lo menos en las operaciones en que hasta ahora hemos participado—. Pero esta consideración no puede ser la única decisiva. Las circuns-

tancias mencionadas en la comunicación precedente tienen que tener un papel esencial.

Pero hasta ahora no han sido tratados dos puntos que deben influir sobre el emplazamiento del hospital, que son: el emplazamiento del Puesto de Clasificación correspondiente y la movilidad del hospital mismo.

Naturalmente que el primer hospital de campaña debe estar detrás del Puesto de Clasificación. Sobre el emplazamiento del Puesto de Clasificación se ha hablado en otro sitio más concretamente. Aquí queremos hacer resaltar lo siguiente: La distancia del Puesto de Clasificación a las líneas varía extraordinariamente, especialmente por el hecho de poder ser Puesto de Brigada, de División o de Cuerpo de Ejército.

Esto solo ya condiciona, como es claro, la distancia variable del primer hospital. Ella es ceteris paribus la menor cuando los heridos se envían al hospital desde

un Puesto de Clasificación de Brigada, y la mayor en el caso de la existencia de un Puesto de Clasificación de Cuerpo de Ejército. La discrepancia entre los dos ejemplos mencionados en el primer artículo—hospital a 6 y a 30 kilómetros, respectivamente, de distancia—ha sido condicionada en parte por este aspecto.

Queda aún otro problema a tratar aquí: el de la movilidad del hospital de campaña. Un hospital de frente debe ser móvil, pero especialmente el primero, el situado más cerca de la línea. Esta movilidad presenta varios aspectos:

1.º El hospital debe poderse montar rápidamente. El tiempo necesario para ello depende esencialmente de las condiciones materiales respectivas. La existencia de locales adecuados, material quirúrgico apropiado y demás inventario de hospital; de un personal especializado y eficaz, bastantes medios de transporte para material y personal: tales son las premisas imprescindibles para el éxito. Nuestros progresos en este terreno son apreciables; pero, no obstante, el tiempo de instalación se disminuye exageradamente en el concepto de algunos de nuestros cirujanos: Se ha afirmado que estamos hoy en condiciones de transformar cualquier cuadra en dos horas en una sala de operaciones aséptica.

Todavía no hemos llegado a eso, y es problemático que el llegar a este punto deba ser un deseo para nosotros. Pero hemos podido transformar una casa en seis horas en un hospital apto para funcionar; siete horas después de entrar, ya se han operado heridos graves.

2.º El hospital debe poderse desmontar rápidamente. Para la realización de ello, además de las condiciones técnicas antes mencionadas, es preciso otra: La existencia de medios de transporte para el número de heridos hospitalizados. Aquí viene a añadirse otro factor: el problema de la movilidad termina en este punto como problema puramente técnico. Se trata de la evacuación de heridos recientemente operados, por regla general, heridos graves, lo que, naturalmente, no es indiferente. Es uno de los principios más altos en la Sanidad de Guerra el mover lo menos posible a los he-

ridos que ya han recibido la asistencia quirúrgica definitiva. Es preferible con frecuencia prolongar el transporte antes de la intervención quirúrgica por una media hora a someter al herido a un transporte después de operado.

Hemos conocido equipos quirúrgicos que creían que su tarea más noble consistía en tener siempre vacío su hospital: operaban y evacuaban, para mantener la capacidad operatoria del hospital y mantenerlo lo más móvil posible. "La evacuación—dice Schickelé justamente—es una parte integrante del tratamiento"; ella puede ser también una parte del maltratamiento. Vemos que la movilidad tiene ciertos límites. Técnicamente, es seguramente todavía susceptible de aumento, y eso es sin duda deseable. Pero desde el punto de vista de una obligación eventual de evacuación fulminante de los heridos graves operados, se encuentra limitada; con otras palabras: generalmente se necesita más tiempo para desmontar un hospital que para montarlo. En el caso de una necesidad apremiante, por ejemplo, en una retirada, esta regla deberá indudablemente ser violada—podemos olvidar sin temor la Convención de Ginebra—, pero a nosotros nos interesa una movilidad perfecta, que no haga daño a nuestros heridos. De todo esto se deduce que no debemos exagerar la movilidad de

nuestros hospitales de campaña, por lo demás deseable. Esta deducción debe ser tomada en cuenta al determinar la distancia deseada de un hospital de campaña.

No podemos terminar la discusión del problema de la movilidad sin hablar más detenidamente de algunos detalles prácticos sobre los que las experiencias hasta ahora nos han iluminado. Conciernen al equipo material que hemos tenido a nuestra disposición durante esta guerra. Probablemente hemos sido de los primeros que han utilizado en la práctica quirúrgica de esta guerra el llamado "Autochir".

Se han puesto en él esperanzas exageradas, tanto en el sentido del rendimiento quirúrgico como en el de la movilidad. Desde entonces, tales ilusiones se han desmoronado, y hoy podemos apreciar el valor real de estos Autochirs. El Autochir no es una sala de operaciones acabada; menos aún, un hospital quirúrgico completo. El "Autochir" no es más que un camión que lleva el material necesario para la instalación de un quirófano, y facilita, por una instalación racional, la esterilización de los instrumentos y demás material operatorio. Otro camión lleva camas y demás atrezzo de hospital. Así el Autochir no es un milagro—como algunos han imaginado—que opera casi solo, y tampoco puede prescindir lógicamente de locales ya existentes. Se ha

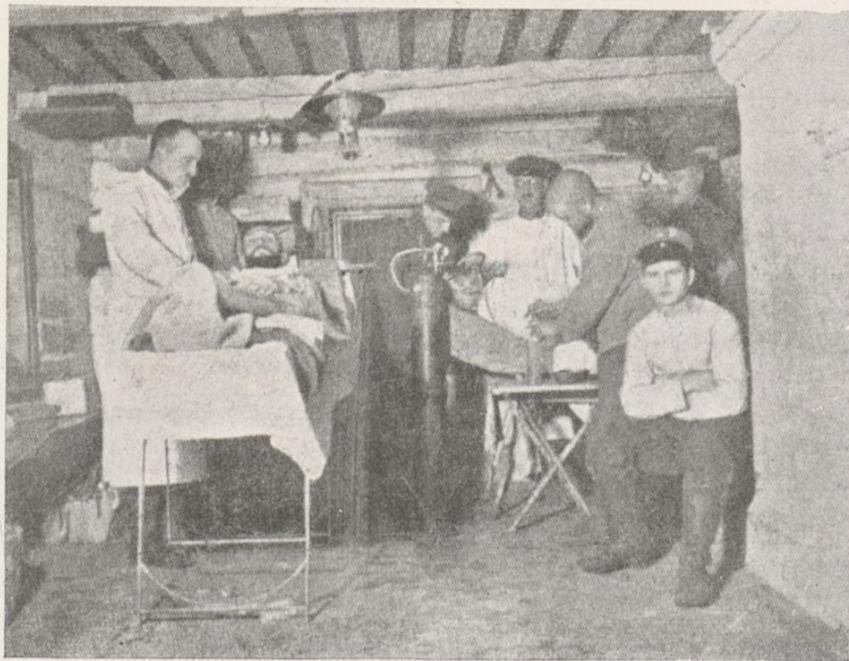
acreditado extraordinariamente gracias a sus ventajas reales, arriba mencionadas. Pertenece ya inseparablemente a nuestro arsenal de cirugía de guerra. ¡Lástima que no los hayamos tenido en número suficiente! Hay también Autochirs que tienen instalado dentro un quirófano—varias ambulancias han sido transformadas en tales durante la guerra—. Nosotros también teníamos uno de ellos. La utilización que de él hemos hecho demuestra su utilidad: le hemos colocado junto al muro del hospital, hemos establecido comunicación entre aquél y una habitación de éste, y el Autochir ha servido para lo que se había destinado: para quirófano, aunque sea de valor limitado. Así ha sido hasta ahora generalmente: el quirófano móvil sólo ha significado un cuarto más para el hospital, claro que con las ventajas de un atrezzo ya preparado. El solo es, sin todo un hospital a transportar, naturalmente, inutilizable. El concepto que todavía se encuentra a menudo de un equipo quirúrgico muy avanzado que opera los casos más urgentes en un quirófano móvil y aislado, para enviarlos en seguida hacia atrás, debe ser relegado como perjudicial. Creemos haberlo aclarado bastante en lo que precede.

Los detalles de la instalación de los Autochirs, lo mismo del primer tipo que del segundo, no entran en esta exposición. Seguramente, son muchas las cosas susceptibles de mejora, y el total, de ampliación. Aquí nos interesa solamente su ampliación más importante a un hospital móvil funcionando independientemente; esto nos interesa aquí sólo desde el punto de vista del problema que señala el título: "¿Dónde instalar un hospital de campaña?"

¡Lástima que no hayamos tenido todavía ocasión de trabajar en un hospital móvil transportable! Otros probablemente, no mucho más, aunque nuestro Ejército ya dispone de tales hospitales. Es una necesidad evidente el adquirir estos hospitales con arreglo al modelo más moderno del extranjero; las luchas venideras en regiones poco pobladas, que no presentan sitios apropiados para hospitales, lo exigen, si queremos dar a nuestros soldados heridos una ayuda quirúrgica eficaz. Y no solamente para estas regiones, sino también en

DE LA SANIDAD EN LA GUERRA MUNDIAL

(Hoffmann: Los médicos alemanes en la guerra mundial.)



Cuarto de operaciones en una casa pequeña de aldeano.

aquellas donde las poblaciones ofrecen locales apropiados para instalación de hospitales, necesitamos mucho de los hospitales transportables. En los dos casos está aumentada nuestra capacidad de maniobra, puesto que podemos montar el hospital allí donde más nos convenga, donde mejores condiciones para ello se encuentren. En ambos casos aumenta la seguridad del hospital, puesto que no se encuentra en las poblaciones habitadas, que son objetivo de los bombardeos enemigos. En el primer caso prevalece la ventaja de la independencia; en el segundo, la de la seguridad. Mas en ningún caso influye el poseer un hospital transportable sobre la distancia la línea de fuego aconsejable sobre la base de las consideraciones hasta ahora expuestas, o bien influye sólo muy débilmente. No queremos ser mal entendidos: En una región donde se encuentra la primera casa apropiada para hospital, a una distancia de 50 kilómetros, la posición de un hospital transportable puede reducir la distancia hasta cuatro o cinco veces. Pero no se montará allí porque sería móvil. Y sobre eso quisiéramos insistir. La transportabilidad de un hospital no lo hace más móvil de lo que es un hospital fijo; desde el punto de vista técnico, apenas es más móvil que un Autochir que se base en un local fijo. Y lo que se ha dicho antes sobre los perjuicios de una movilidad quirúrgica exagerada, vale, naturalmente, también en toda su plenitud y para esta forma de hospital.

Queremos sacar deducciones de lo dicho. Para la decisión "¿A qué distancia debe ser montado el primer hospital de campaña" debemos coger como base las tres directrices marcadas en este artículo: 1.º Aproximación lo más grande posible de la ayuda quirúrgica calificada al herido. 2.º Seguridad la más grande posible para los heridos, personal y material. 3.º El menor movimiento posible de los heridos ya operados hasta el momento de su evacuabilidad.

Sobre la base de esas directrices creemos que es justo el mínimo de 10 kilómetros de distancia del frente aconsejado por las experiencias de la Gran Guerra. El primer hospital debe encontrarse a una distancia de cerca de 10 kilómetros en línea recta de la línea

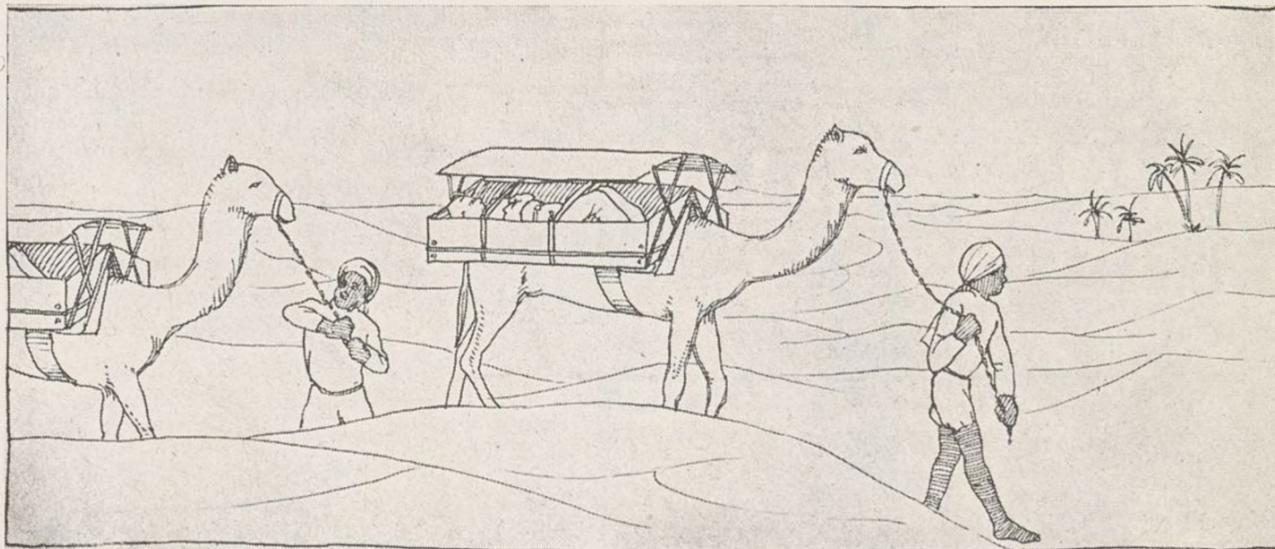
de fuego y en una distancia de 10 a 15 kilómetros sobre los caminos utilizables. Si existe algún caso donde no hay normas absolutas es éste. De los dos conceptos diametralmente opuestos, cerca, lejos, ninguno es justo. Una extraordinaria elasticidad es necesaria aquí, que tiene en consideración las circunstancias concretas y que considera el valor medio no como una norma inmovible, sino solamente como una directriz orientadora. Alrededor del valor medio hay variaciones extremas. Los dos ejemplos dados al principio los ilustran muy bien. El hospital a 6 kilómetros de distancia se encuentra en una posición geográficamente protegida. En el segundo caso—30 kilómetros de distancia—, consideraciones tácticas y el curso de la única línea de evacuación, nos han obligado a no acercarnos más al frente. En la medida de la distancia justa tiene que ser tenida en cuenta extraordi-

nariamente la calidad de los caminos de evacuación. En un ejemplo vivido por nosotros, la distancia de 15 kilómetros significaba seis horas dado que la mayor parte del camino tenía que ser recorrida con artolas; y en otro ejemplo, los 15 kilómetros han sido recorridos por una ambulancia en veinticinco minutos. Con buenos caminos de evacuación hay que preferir, en una alternativa, la distancia mayor; sobre terreno difícil, con una situación protegida del enemigo, se puede elegir una distancia de menos de la norma dicha. Casos excepcionales los hay siempre: un tren-hospital quirúrgico, en un túnel, con una vía de retirada protegida, podría funcionar a distancia muy próxima del frente. Pero tiene que ser combatida la tendencia a crear equipos quirúrgicos aislados y avanzados, con toda decisión. Es una práctica dañosa la de querer salvar a

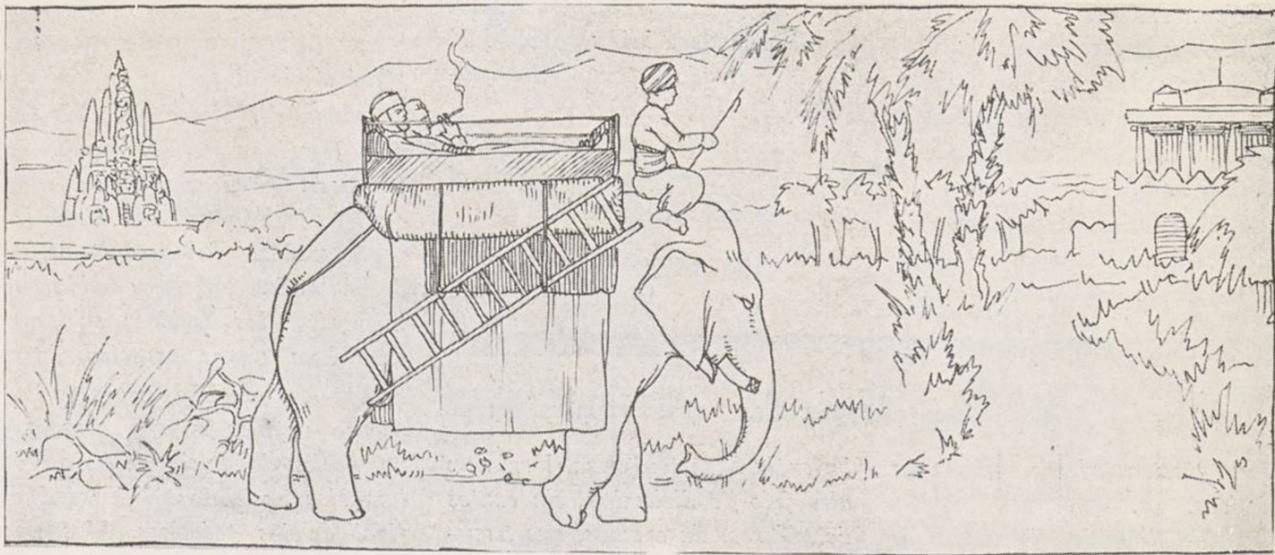
los heridos más urgentes con el equipo quirúrgico durante una batalla, en una casa de peones camineros cercana al frente. El caso no debería repetirse donde a una distancia de siete kilómetros de la línea enemiga, en un pueblo casi totalmente destruido y diariamente visitado por la aviación enemiga, trabajaba un equipo quirúrgico aislado. El heroísmo debe buscar en nuestro campo una mejor ocasión, con más sentido y con más responsabilidad.

Al fin, se trataron algunas cuestiones prácticas: Quejas, asuntos concernientes a la farmacia de la División y a la consulta venerológica y de oftalmología. Se acordó que los casos ligeros de enfermedades oculares se tratasen en el mismo Batallón, para lo cual se distribuiría entre ellos un standard de medicamentos apropiados.

ARTOLAS EXOTICAS



Litteras de Brett.



Howdahs empleado en la India inglesa.

Noticia

Escuela de Sanidad

Inauguración de la Escuela de Sanidad de la 17 Brigada

El día 13 del actual y en los locales del grupo de Sanidad de la 17 Brigada, tuvo lugar el acto de inauguración de la Escuela de Sanidad de dicho grupo.

Al acto asistieron, además de los jefes de Sanidad de dicha Unidad, el de la Brigada y el comisario de la misma, así como los jefes de Sanidad de las XIII y XV Divisiones.

elogios su instalación, entre la que descuella una gran biblioteca que consta de más 400 volúmenes.

La 17 Brigada, con este hecho, contribuye a la tarea de capacitación de nuestro glorioso Ejército Popular, por lo cual se la felicita con cariño, a la vez que se la desea que el acierto y el éxito corone la labor sanitaria y de capacitación cultural que llevan a efecto los

mación de gris malhumorado por la cinta extendida de la carretera que se perdía, negra y reluciente, en el borroso horizonte.

Al frente, montando brioso alazán, avanzaba el teniente Rafael, y en contraste con nuestros humildes mulos parecía una bella reencarnación de los antiguos capitanes del Tercio. Pero, ¡oh manes!, el pito de caña, regalo de un cursillista, que usaba para dar las órdenes, echaba por tierra toda clase de sugerencias históricas. Al modularse el dardo de aire en el hueco venía involuntariamente el recuerdo de otro sonido análogo, mezcla de repartidor de leche y trapero.

Caminábamos y caminaba tras de nosotros la mañana; con el crecer de la luz volvía a nosotros el buen humor, enfriado momentáneamente.

Ya casi tocábamos a los cerros que iban a ser escenario de nuestras prácticas. De pronto, cambió el paisaje en una mutación tan rápida, que nos dejó un gesto de sorpresa en la mirada. A la clara llanura a cuadros de antes, sucedió un confuso amontonamiento de rocas gigantescas. ¡Qué terribles latallas, de fuerza geológica en pugna, se habrían librado para dislocar aquel paraje! El ánimo se sentía oprimido como si aquella boca ruinosa de piedras se fuese a cerrar de pronto sobre nosotros. ¡Qué alivio al salir a la anchura espaciada del altozanillo! Habíamos llegado a nuestro campo de prácticas. Otra vez el teniente, con el gracioso pito, dió las órdenes oportunas y empezó la subida de una colina próxima; había que improvisar los heridos; subieron, pero los mulos parecían darse cuenta del engaño y daban de pronto rápidos movimientos que nos hacían dudar si los heridos voluntarios no serían de verdad al final de las prácticas. Mas no; los sufridos mulos estaban lo suficientemente capacitados. A la señal convenida había que bajar

por un desmonte casi vertical. ¿Por ahí? Al evacuado le parecía imposible que pudiera llegar sin rodar al final; casi en vilo en la artola, todo ojos anhelantes, espía los pasos, cuando más difíciles más seguros, del mulo. ¡Qué respiro de satisfacción al llegar a lo llano! Ahora quedábamos convencidos que las artolas eran el medio de evacuación ideal por terrenos montañosos.

¡Bravo, mulo! Allí era imposible que subieran ni las subsistencias, y tú subiste y bajaste, firme dueño de tu pisada.

Se aproximaba el medio día y emprendimos la vuelta hacia la Escuela.

Tierras de labrantío, viñas arrugadas de invierno y olivares..., olivares.

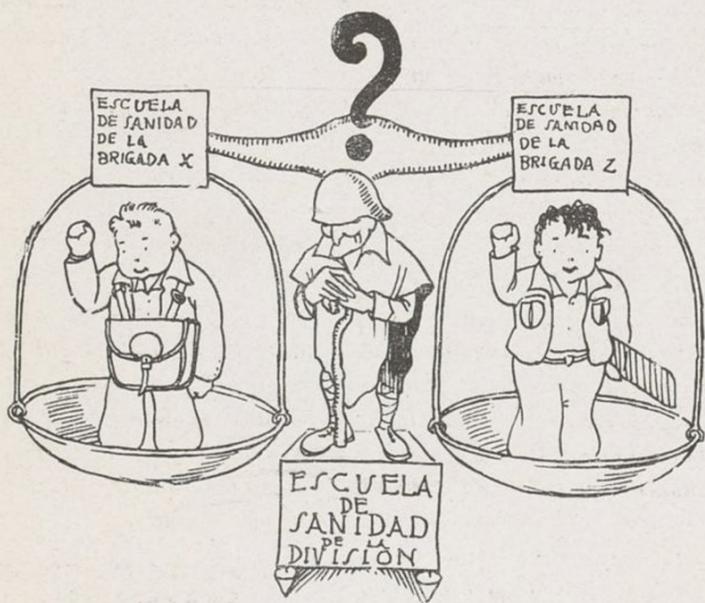
Un alto en una valle gozoso de sol, un trago de coñac y unos minutos de descanso sobre la jugosa hierba, que esperaba la caricia del sol en los cristales prestados de la escarcha. Al conjuro estimulante del alcohol, y en esa hora gástrica de las doce, ¿de qué se iba a hablar? Botín, casa Eladio, Buenavista, Casa Vasca, todos los templos del buen comer de Madrid temblaban en nuestras bocas con una veneración de cosa remota y, ¡ay!, perdida. Con tal regusto en los detalles se describía, sobre todo Rosendo, que nuestro apetito se vió azuzado y unánimes marchamos, rápidos, hacia la Escuela.

Dicen las crónicas que aquel día el pobre perro Morse no pudo probar ni un solo de los exquisitos garbanzos fritos.

Envío:

Al comandante Goryan, a Rodríguez Pérez, a "Los de la oficina", a Buero, y, en fin, a todos los buenos compañeros que el azar y la guerra nos unió en nuestra inolvidable Escuela de Sanidad, les dedico este recuerdo de un día de prácticas.

J. RAMIREZ DE LUCAS



Varios oradores hicieron uso de la palabra, siendo todos muy aplaudidos. El camarada jefe de la XV División, en sus palabras, dijo que dentro de tres semanas se reunirán esta Escuela que hoy se crea y la de la 18 Brigada con la de la XV División, con objeto de ver cuál de las tres es mejor.

Al final, todos los asistentes visitaron las dependencias de dicho grupo, siendo objeto de grandes

jefes y oficiales del grupo de Sanidad, y que la Escuela que hoy se crea sea digna continuadora de la labor realizada por su madre, la Escuela de Sanidad de la XV División, fundada por nuestro querido jefe.

¡Sanitarios! Capacitarse, aprender, que de esa forma ayudáis al logro de nuestra victoria.

MELITON ESPINOSA
Sanitario.

Prácticas en la Escuela de Sanidad

Era nuestra primer mañana de prácticas.

En la distancia, jabonada de niebla, las casas eran como pequeñas cajitas de un blanco sucio. Alguna silueta disminuida afana-

ba en la hora temprana. Venía un aire frío de diciembre, sin cantos de pájaros, sin aromas, que transformaba, sobre los belfos, en hilos de cristal el aliento caliente de los mulos. Caminábamos en for-



Magnífica es tu labor,
pues el combatiente está
seguro de que si cae
pronto en su auxilio estarás.
La moral que tú le infundes
y toda la Sanidad
hace que vaya al combate
con toda tranquilidad.
Figuraos un momento
que el Ejército no tiene
ni quien cuide sus heridas
ni quien mire por su higiene.
Que heridos pueden caer
los soldados al pensar,
y como perros morir
no querrían pelear.

No tendrían esto en cuenta
los héroes y arrojados,
pero su arrojo y valor
los veríamos menguados.
Muy pronto las epidemias
nuestras filas diezmarían
y el enemigo invasor
pronto nos dominaría.
Sin embargo, estáis vosotros,
sanitarios valerosos,
que evitando estos perjuicios
al triunfo ayudáis gozosos.
Y nada más, camaradas;
cumplid vuestra obligación,
que salvar a un semejante
es el mayor galardón.

SAAVEDRA

La Biblioteca ambulante del Puesto Grozeff

Publicamos hoy la relación de
los nuevos libros recibidos, a más
de otros varios existentes ya en
nuestra biblioteca, y que están a
la disposición de los camaradas
que lo deseen.

- Histología, H. Frey.
- Hematología clínica, O. Naegeli.
- Histología fisiológica y anatomía
microscópica, J. Pujiula.
- Técnica micrográfica del siste-
ma nervioso, Ramón y Cajal, F.
de Castro.
- Recuerdos de mi vida, Ramón
y Cajal.
- La interpretación de los sueños,
Freud.
- El chiste y su relación con lo
inconsciente, Freud.
- Los fundamentos del magnetis-
mo animal, Mesmer.
- Historia del Cielo, Flammarion.
- Las estrellas, Flammarion.
- Introducción a la ciencia,
Thomson.
- Psicotecnia, Giese.
- Don Juan, los milagros y otros
ensayos, Gonzalo R. Lafora.
- Geografía del Japón, Lehmann.
- Ramón y Cajal, C. Juarros.
- La sensualidad pervertida, Pío
Baroja.
- Días de infancia, M. Gorki.

- Después, Remarque.
- Carlitos, el intrépido, Bela Ba-
lach.
- La taberna de los tres reyes,
José Carlos de Luna.
- Poesía de las trincheras, Co-
misariado General de Guerra.
- Podemos poner además a la
disposición de aquellos que lo de-
seseen varios números de los últi-
mos meses del pasado año de la

revista "La Presse Médicale", así
como también algunos números de
"Le Monde Médical". También
disponemos, con bastante regula-
ridad, de prensa diaria en fran-
cés, inglés y alemán.

La Sanidad en nuestras Compañías

Cada día que pasa nos enorgu-
llece más y más nuestra Sanidad,
como un paso que es más adelan-
te para derrotar pronto al fascis-
mo internacional.

Pero para esto es preciso que
cada uno se mantenga en su puesto
y lo defienda de todo corazón.

A este respecto, las modifica-
ciones que se hacen algunas veces
en los cuadros sanitarios suelen
ser perjudiciales para nuestra vic-
toria.

Ya se conocen varios casos en
algunas Unidades, no importa
quién ni dónde, de que sanitarios
sean arrestados pasándolos a fusi-
leros. Nosotros nos preguntamos:
"¿Es que todo el que tiene un fu-
sil está arrestado?"

No, camaradas. Si un fusilero
desempeña su cometido con un fu-
sil en las manos, un sanitario lo
desempeña con su Bolsa de Socorro
o con su camilla y otras mu-
chas obligaciones que tiene que
desempeñar. Por ello, a un sani-
tario se le puede poner una sanción
de otra forma, pero no pensemos
que porque se le haga coger
un fusil se le castiga.

¿Qué hacemos con estar todos
los días cambiando de camilleros?
Que nunca tengamos una Sanidad
firme para cumplir su cometido.
Un sanitario, aunque coja un fu-
sil, no puede entorpecer a la Com-
pañía. Podrá tener más o menos

puntería, pero su puesto lo cubre
porque todos los soldados del pue-
blo debemos saber manejar el ar-
ma. Pero un camarada que deja
el fusil para manejar un globo de
ventosa, una camilla, etc... No es
nada difícil, pero siempre causará
un retraso porque desconoce las
funciones sanitarias.

Los cabos sanitarios deben co-
nocer perfectamente a los sanita-
rios que tengan designados. Nos-
otros rogamos, tanto a ellos como
a los médicos de Batallón, pongan
el máximo interés en los hombres
que tienen a su cargo. Ellos mis-
mos podrán clasificarlos y saber
los que podrán dar más rendimien-
to en Sanidad o con un fusil. Que
procuren que a un camarada que
reúna todas las condiciones de sa-
nitario y sepa llevarlas a la prác-
tica, se le respete como es mere-
cido.

También rogamos a los Man-
dos militares respeten a los sani-
tarios y se den cuenta de la mu-
cha falta que hacen, que no es
sólo en los combates cuando nos
hacen falta, sino que tanto en las
trincheras como en los sitios acan-
tonados saben cumplir su cometi-
do.

¡Viva nuestro Ejército del
Pueblo! Salud.

**ABDON TOLEDANO
RAFAEL DEL MORAL**
Sanitarios.

ANTECEDENTES DE LA ARTOLA



Procedimiento de Gauchet.

La víbora y el gavilán

Una víbora duerme al sol. El gavilán la ha visto; se acerca, le da un alazo, la aturde, le rompe el cráneo y se la lleva colgando del pico.

Cerca de la peña en que la víbora dormía, un padre mira fija-

de pelanduscas con un mandilán, o un rastacuero con un tacaño, o un cacique con otro cacique, o un vividor público con otro vividor, no pienses que sus luchas a muerte tengan nada que ver con la justicia. Y haz lo que hemos



mente a su hijo, y, levantándose, con voz penetrante, le habla así:

—Ten un sentimiento vivo de la justicia. Que la justicia sea el motivo grande de la vida que te he dado, hijo de mi alma. Pero cuando veas que un usurero está a matar con un picapleitos, o un ama-

hecho ahora mismo: ¡Déjalos que se maten!

El gavilán se aleja con su víbora; se aleja, se aleja, se aleja, y ya los dos enemigos no forman más que un mismo punto en el espacio.

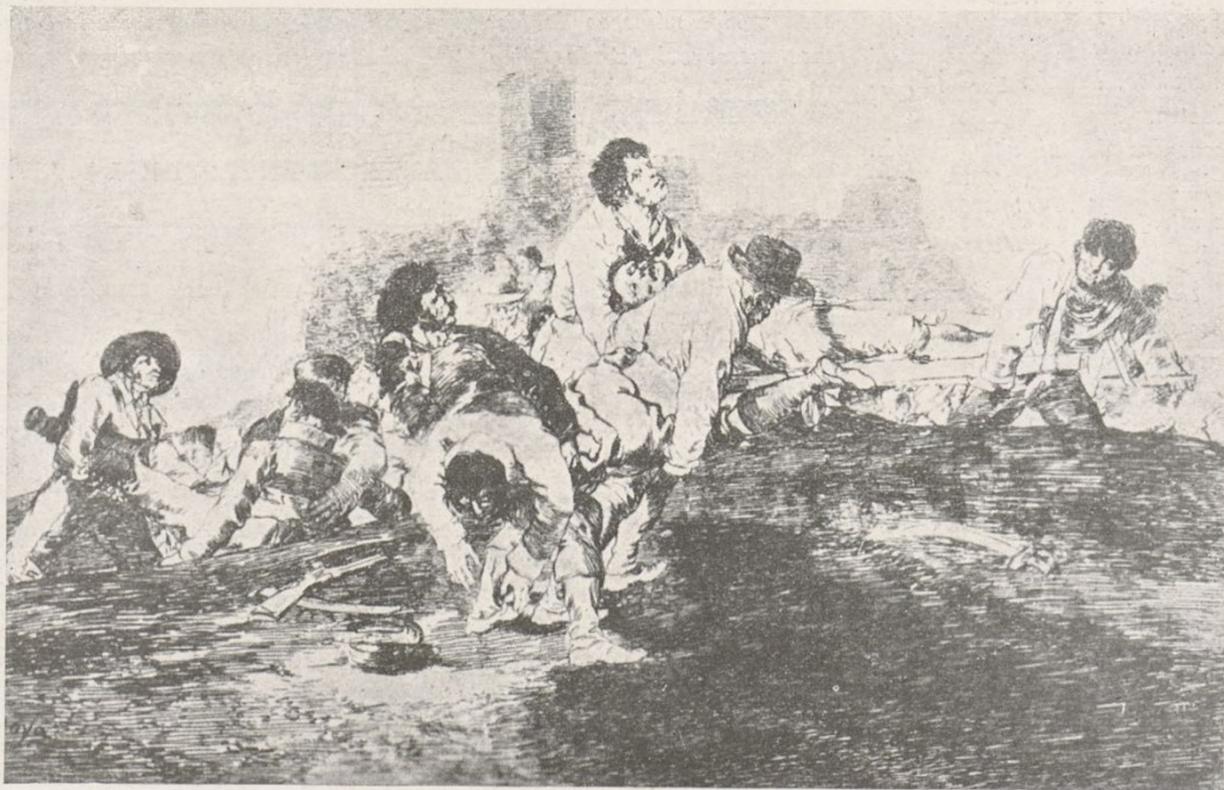
TOMAS MEABE

Un grabado de sanitarios

¿Para sanitarios también? Tenemos frente a nuestra vista uno de los aguafuertes de la serie "Los desastres de la guerra", de Goya. Francisco Goya vivió en nuestro suelo la guerra de la Independencia. En sus macabras escenas de lucha él recoge todo el horror y la barbarie de la invasión. No podía faltar entre ellas la faceta sanitaria, esa faceta eternamente triste de toda lucha.

De entonces acá, un siglo. La guerra de invasión se reproduce, con su secuela de barbarie. Pero las circunstancias económicas y sociales que la han producido no son las mismas, y la preparación guerrera del ejército, tampoco. Dentro de una analogía profunda, el tiempo marca sus profundas diferencias.

Nuestro nuevo Ejército tiene una



Sanidad también nueva, en formación. No obstante, acertará quien la suponga muy superior a la Sanidad de la guerra de la Independencia. Pero ya entonces existían rudimentariamente los elementos primarios de toda Sanidad: había camilleros, había primitivos Puestos de Socorro. Había también, por lo mismo, primera cura y traslado a brazo. Estas cosas se debieron desarrollar, como ahora—excepto la primera cura quizá—de una manera lógica, aunque con menos perfección de detalles. El traslado a brazo obedecería a las inmutables leyes económicas y de equilibrio del cuerpo humano, y la labor de los camilleros se orientaría de una manera definida en un sentido de máxima eficacia.

No hay lógica ni eficacia—sanitarias—en este aguafuerte de Goya. Si artísticamente la escena nos da de golpe su conjunto fuerte y emotivo y se nos muestra animada por una suprema razón creadora, en vano trataremos en cambio de buscar sentido común en sus detalles.

La orientación de una Sanidad obedece siempre—por lo menos en sus postulados elementalísimos—al sentido común. Así debió ocurrir aun en aquellos primitivos tiempos técnicos. Esto nos hace presumir que el grabado es, desde un punto de vista histórico-técnico, esencialmente fantástico.

Goya ha prescindido en él—co-

mo en una parte considerable de su obra—de toda preocupación documental. Esta es la consecuencia que tenemos que sacar forzosamente al contemplar esos absurdos vi-zos de su obra.

Esos dos hombres de primer término, no sólo llevan de la forma más arbitraria al herido, sino que el último de ellos glosa anatómicamente una postura difícil y antinatural. Ni siquiera a un hombre prehistórico se le ocurriría coger sesgadamente—con la mano izquierda por encima—el tronco del herido mientras tiene que andar precisamente en una dirección casi contraria a la que su propio cuerpo presenta. En cuanto a la otra pareja de sanitarios (?) que al fondo recoge otro herido, lo hace también, como adrede, del peor modo posible. A ninguno de los dos portadores—a Goya tampoco—se le ocurre la sencillez de coger el cuerpo por los sobacos y de sujetar cada una de las piernas del herido con un brazo: uno se echa el "manejo" de ambas piernas bajo el brazo derecho mientras el otro abraza apuradamente el tronco del soldado.

Todo el grabado está "descoyuntado". Tan sólo el camillero con su portacamillas de la derecha avanza con toda la naturalidad de un cuerpo cansado en tensión.

No, el grabado no es—ni ahora ni antes—para sanitarios. Pero es que ni siquiera parece ser para per-

Los maestros de la pintura se interesaron siempre en nues
Ayuntamiento de Madrid

sonas de sentido común. La lógica de las formas, direcciones, proporciones y actitudes; la coherencia razonada de los detalles, son valores antigoyescos. Goya lanza aquí y siempre, un mudo apóstrofe contra Rafael, contra todo renacimiento. Abomina de la anatomía de las figuras, abomina del orden en las proporciones, abomina de la parcela de cuadro como un algo iectómicamente acabado. Goya se deja arrastrar voluntariamente por el fuerte viento del barroco. Obedece a una óptica nueva. Sabe algo de lo que Velázquez descubrió, de lo que el pintor impresionista redescubrirá más tarde: que una visión especial de las cosas—la visión en conjunto—puede hacer perfectamente que las cosas se descubran. Y si luego nosotros al ana-

lizar descubrimos errores, inexactitudes y contradicciones, el pecado es nuestro. Porque no debimos analizar, por lo menos en el sentido parcelario y detallista que lo hicimos.

Sabiendo esto nosotros, sanitarios de la segunda guerra moderna de invasión imperialista, podemos ya reconciliarnos con el genial autor de "La familia de Carlos IV". Sabemos que lleva razón, aunque su razón no sea la nuestra. Con arreglo a la teoría sanitaria, el grabado no nos sirve. Pero no tiene por qué servirnos, porque ópticamente lleva más razón que todos los dibujos sanitarios didácticos.

Y en ese sentido sí es un grabado para el sanitario, como para todos.

c. la sombra del rabo, se abre el corazón y el vientre?

—El ejército.

—¿Y la rata ciega?

—La rata ciega es vuestra majestad.

TOMAS MEABE



Las cuatro ratas

Un zar de Oriente no podía dormir. Su guerra iba de mal en peor. Una noche tuvo un sueño raro, faraónico.

Vió cuatro ratas: la una, gordísima; la otra, flaquísima; la tercera, ciega; la cuarta, luchando patas arriba con la sombra de su cola.

Muy inquieto y muy seguro de

que aquel sueño era un aviso de algún dios, mandó venir a palacio un brujo de mucho nombre en el arroyo.

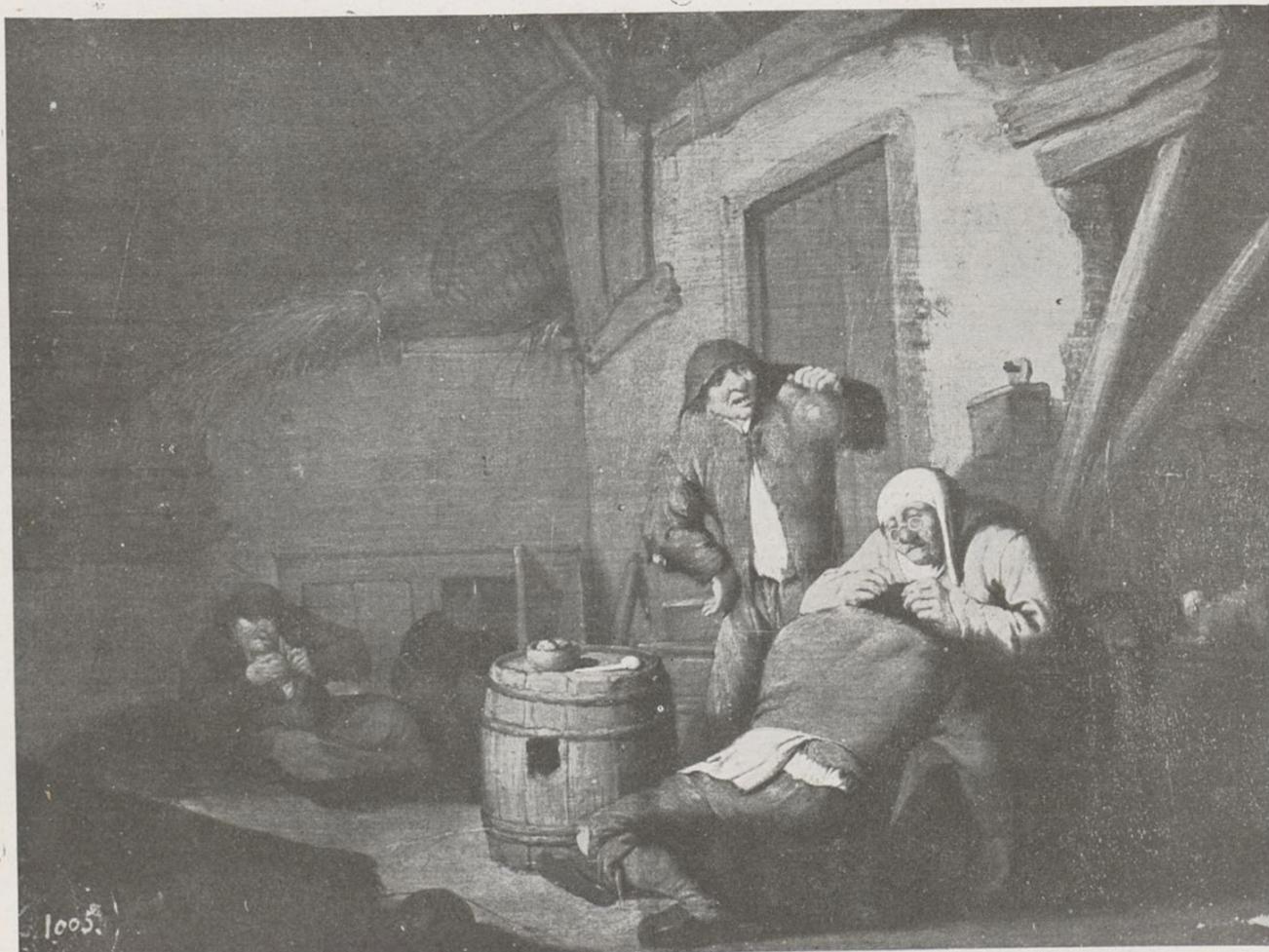
—Señor—dijo el brujo—, la rata gordísima es la clase conservadora.

—¿Y la flaquísima?

—El pueblo.

—¿Y la que queriendo agarrar

Al margen de un cuadro humorístico



Es de las brumas holandesas de donde nos vienen casi siempre estas jocosas—y puercas—escenas. Los pintores holandeses son, como prototipos de su raza, sabia y sencillamente materialistas. Cuando la pintura mediterránea del siglo XVII se complace en bellas madonas y limpios paisajes—con la excepción quizá de la honda sinceridad española—, ellos se afincan, con un regusto demostrador de un tono social avanzado, en que sus pinceles no ignoren la realidad de la vida en sus hediondos detalles. Así Teniers, y también su compatriota Van Ostade—de quien es el cuadro que nos ocupa—hacen danzar todos los días con su paleta a los seres de su país en la cuerda floja de la risa.

"La vista". Así se titula esta escena. Si la vista sirve para mirar

tra obra. Sus cuadros deben enriquecer nuestra cultura
Ayuntamiento de Madrid

bellos paisajes; si el sentido más alto de la Naturaleza humana puede producir madonas maravillosas y esculpir puros torsos llenos de juventud, puede también servir para quitar piojos.

Así suele razonar siempre el pintor holandés. El entraña todo un sentido reaccionario frente a la dorada mentira italiana. Y mientras los italianos se obstinan en su monótona rapsodia de perfecciones, el flamenco insiste machaconamente en pintar el poso vulgar de las cosas.

Y dándole también un valor de arquetipo. Así, para Van Ostade, la vista toda la vista, se resume y se simboliza en este acto sucio: despiojar.

Beber, comer, dormir, regoldar,

orinar...; he ahí los temas eternos del pintor holandés. No se han hecho para él las madonas ni los mentidos fondos arquitectónicos de opereta. Basta con una vieja de espejuelos baratos y un interior asotinado. Ni mesas taraceadas ni vajilla de cristal fino: un barril viejo y jarros de barro. Es tan auténticamente gris y pobre la escena, que un leve entornar de ojos nos puede dar la sugestión vaga de una trinchera. También la guerra da, a pesar de todos nuestros cuidados para evitarlo, escenas como éstas.

Y la paz. El tema de la insalubridad y la pobreza se repite en el siglo que vivimos en todos los lugares del mundo habitado.

Al margen de un inquirir ex-

clusivamente técnico, el pintor holandés nos ha venido sugiriendo esta fundamental trascendencia del candente problema social.

Hoy somos sanitarios en la guerra; mañana todos seremos sanitarios de la paz. Sanitarios—saneadores—de la humana y general pobreza. Constructores de un mundo nuevo. Redentores de viejecitas con espejuelos baratos y de sarnosos hombres hambrientos.

Nada importa que Van Ostade lo tome a risa. El puede seguir bailando en la cuerda floja de su escepticismo del siglo XVII. Nosotros somos hombres del siglo XX y no tenemos tiempo de reír. Y nos sentimos plenamente sanitarios: combatimos ahora y combatiremos después a la miseria.

Una obra de arte nos ha impulsado por caminos de honda preocupación extrahistórica. No sabemos si eso es lícito en un cuadro. Posiblemente, Van Ostade recurre a temas curiosos porque su paleta, mezquina al lado de la de un Veermer o a la de un Metsu, necesita el apoyo de grotescas filosofías.

Pero de todas formas, él afirma—caricaturescamente, si se quiere—la radical actitud sincera de él y de los suyos. El no miente; él nos da—o pretende darnos—la vida. También nuestros propios pintores la buscan; también la buscamos nosotros ahora. Y la encontramos, quizá mejor que los jocosos holandeses.

Artículos de nuestros periódicos murales

Sanidad Militar en el frente y en descanso

La Sanidad en el frente, que constantemente intensifica sus trabajos, vela por todos los camaradas de una manera eficaz, habiendo conseguido por la buena disposición de los Mandos elevarse para obtener más pronto el triunfo sobre el fascismo.

Los sanitarios ya saben, en conjunto ellos, prestar sus primeros cuidados a un herido y velar por las órdenes sanitarias respecto a la higiene. En el frente ya lo hemos podido comprobar; pero tampoco lo debemos olvidar cuando nos encontremos acantonados en un pueblo. Durante el transcurso que la fuerza esté descansando rara vez tendremos que hacer uso de la bolsa de socorro; en cambio no olvidemos la creolina y la cal, que son muy necesarias.

Hay que educar a la población civil y demostrarla que aunque estamos en guerra, Sanidad Militar sabe tomar las medidas necesarias respecto a la higiene y demás servicios. Para ello, nosotros los sanitarios, que ya sabemos las obligaciones, no debemos olvidar el llevarlas a la práctica, ya que hemos demostrado que sabemos hacerlo. Generalmente, cuando estamos acantonados en un pueblo, en que casi todas las casas tienen patios, por insignificantes que sean, se puede construir una letrina con los mismos procedimientos que en

el frente y cuidar de su desinfección. Además, la obra que nosotros dejemos no es en vano: la población civil puede aprovecharse de nuestro trabajo y al mismo tiempo damos a conocer la labor de la Sanidad y ellos mismos nos alabarán por donde quiera que vayamos.

Por lo tanto, sanitarios, aun cuando estemos acantonados o en descanso, no olvidemos la higiene.

UN SANITARIO

La capacitación en los hospitales

La capacitación en nuestro Ejército es un reconstituyente eficaz. Indudablemente un Ejército capacitado logra siempre un rendimiento más perfecto y rápido en sus objetivos. El Ejército del pueblo, improvisado ante la necesidad imperiosa de la guerra, está ahora en pleno apogeo de capacitación porque ha sabido comprenderlo.

Nosotros, los sanitarios, estamos también obligados a sumirnos en los secretos que aún desconocemos y luchar con ellos hasta dominarlos. En este sentido ya se ha conseguido bastante. No todo. Nuestros sanitarios de Compañía van, con el mayor entusiasmo, adquiriendo conocimientos suma-

mente útiles para su misión en la guerra. Los médicos, incluso, están bajo la preocupación de su propia capacitación y se están capacitando en materias que no conocían porque nunca llegaron a tratarlas. A todos les embarga hoy el mismo afán. Saber, no ignorar lo que a ellos mismos puede serles útil.

Sin embargo, nunca falta una excepción. Los sanitarios de algunos hospitales, que por razón propia disfrutaban de mejores facilidades para esta clase de capacitación, son quizá los únicos que se dejan guiar por esa fuerza enemiga e invisible que los españoles llamamos "abandono".

Si yo fuera el alto mando, las Escuelas de Capacitación serían obligatorias. No hay razón ni pretexto para que un sanitario de un hospital de un frente estacionado, que dispone de tiempo suficiente, no se preocupe de su propia capacitación. Quizás no tenga él toda la culpa. Yo, que estoy viviendo bajo una intensa actividad de trabajo; que constantemente veo desfilar hombres y más hombres que los cursillos de una Escuela de Sanidad, que nació bajo un entusiasmo, transforman completamente; yo, que veo, en fin, la preocupación constante y el trabajo impropio que requiere un perfecto funcionamiento y estado de toda una Sanidad, no puedo explicarme esa apatía en algunos hospitales

cuando se trata, como en este caso, de lograr un beneficio común y un resultado de una eficacia máxima que exige la guerra.

En los hospitales disponen de tiempo y poseen excelentes facilidades para establecer un plan de capacitación magnífico—en algunos se ha comprendido ya así—. Es intolerable que un sanitario se destaque solamente por el emblema. Todos, absolutamente todos, están obligados a convertirse en sanitarios verdaderos. No queremos figuras decorativas. Bajo la Cruz de Malta todos los conocimientos de Sanidad deben estar en cada uno de los sanitarios plenamente arraigados. Quien por razones que no es del caso analizar no comprenda esto, no puede ser sanitario. Preferible es que ceda su emblema a otro camarada y vaya él a cumplir otra misión.

La capacitación en los hospitales—en aquellos en los que todavía no ha comenzado—no puede hacerse esperar más. Hay que organizarla inmediatamente. En la guerra no puede haber un hombre en estado inactivo. Hoy se nos exige a todos el máximo rendimiento y como soldados que somos de un Ejército, debemos procurar no regatear nada. Un ciclo de charlas por los médicos de los hospitales para sus sanitarios es un arma poderosa y eficaz para la capacitación. El estudio y explicación de los casos numerosos que a día-

io se presentan, es una ayuda es-
timable con que también cuentan.
Disponen, como vemos, de las me-
jores facilidades para emprender
su labor. El tiempo les ofrece tam-
bién su colaboración. Sólo falta
un pequeño detalle que ellos no
encuentran: la iniciativa.

No quiero ofrecerles la nuestra,
a de esta Escuela de Sanidad,
porque si son susceptibles, no es
mi deseo que se sientan heridos.

Pero como fundamento lógico y
loable en estas razones, sólo quie-
ro destacar el resultado magnífico
de los cursillos y la transformación
que en nuestra Sanidad se va no-
tando. ¡Ya veréis, médicos y sa-
nitarios, qué orgullo siente uno
cuando ve a su lado y lejos el
resultado gratamente positivo como
fruto de un esfuerzo que hemos
realizado!

UN SANITARIO

**El significado de la primera
cura**

Como otros muchos camaradas
cursillistas que han pasado por la
Escuela de Sanidad, no dejo de
expresar parte de lo mucho que
en ella me han enseñado; ense-
ñanza que he tomado con verda-
dero interés, puesto que a nosotros
los sanitarios, que hoy ya pode-
mos llamarnos así, nos pertenece
atender de primer momento a un
herido, o sea, tenemos la obliga-
ción de hacer una cura (profi-
laxis) perfecta, ya que de ello de-
pende que el herido llegue a ma-
nos del cirujano sin ninguna com-
plicación, que a veces ha surgido
por nervosismo del sanitario o
falta de enseñanza, cosa que hoy
los que hemos pasado por la Es-
cuela de Sanidad no podemos ha-
cer; por lo tanto, tenemos que
evitar por los medios que nos han
enseñado el que un herido esté mal
atendido de momento, ya que de
ello depende la pronta curación y
a veces la vida de un camarada.

La Sanidad en las trincheras,
para nosotros también, es un arma
muy potente (siempre que sea bien
llevada); nosotros tenemos tam-
bién la obligación de que a nues-
tros compañeros que están cons-
tantemente con el fusil o una má-
quina en las manos, no les falte

lo indispensable; por ejemplo:
buenas y desinfectadas las trin-
cheras, agua en depósitos bien
puestos y limpios, además de los
muchos consejos de palabra y por
medio de consignas, que hemos
de dar constantemente a nuestros
compañeros para que haya mucha
higiene, que es una de las claves
de tanta importancia como las de-
más cosas ya dichas para evitar
muchas enfermedades que entor-
pecen constantemente nuestra
marcha.

De momento no quiero hacer-
me pesado en mi primer escrito;
pero no dejaré de escribir mu-
chos párrafos más referente a las
muchas obligaciones que tenemos
los sanitarios, las cuales debemos
cumplir con toda regla, viendo que
de esta forma haremos un gran
bien a la causa y aceleramos el
triunfo con hombres sanos y fuer-
tes, los cuales tenemos que ser la
admiración y orgullo del mundo
entero.

¡Vivan los médicos dirigentes
de la Escuela de Sanidad!

¡Viva el Ejército del Pueblo!

¡Viva la República!

JUAN CRUZADO
Sanitario de la Compañía de
Ingenieros de la 17 Brigada.

**Dificultades que presenta la nieve para nues-
tra marcha en las trincheras**

Verdad es que estos días de ene-
ro nos ha sorprendido una lluvia
de nieve que, aunque no ha sido
de gran importancia, siempre es
contraria a nuestra marcha en los
frentes y retaguardia que nos
abastece; la nieve es perjudicial
en todos los aspectos de la gue-

rra, y más en estos días, que vi-
vimos nuestra gran ofensiva en
los frentes de Teruel; el mal tiem-
po, a pesar de ser una dificultad,
no ha podido interponerse a que
nuestro glorioso Ejército haya
conquistado Teruel. Todos nos
admiramos del coraje y valor que

nuestros hermanos de dichos fren-
tes han derrochado en la gran
ofensiva que han puesto en mar-
cha para ir arrebatándole al fas-
cismo internacional nuestra quie-
rida tierra de Teruel. Como ya de-
cía con anterioridad, estos días de
nieve que sufrimos en los frentes
del Centro han traído a mi mente
los grandes sufrimientos que ha-
brán tenido nuestros compañeros en
Aragón. Por lo que se refiere a Sa-
nidad, la nieve en estos casos no
deja de ser también un obstáculo.
Nosotros, los sanitarios, tenemos
que estudiar, en estos días que nos
ha sorprendido la nieve, la forma
de salvar todos los obstáculos que
nos es posible, y si son todos me-
jor, porque tendrá que llegar el
día que nuestro Ejército, ansioso
de recuperar cuanto antes todo
nuestro territorio, emprenderá nue-
vas y más grandes ofensivas, a
las cuales nosotros tenemos que
poner de nuestra parte todas las
facilidades que sean posibles para
que en los momentos precisos po-
damos atender debidamente a aque-
llos de nuestros compañeros que
por desgracia tendrán que caer.

Ejemplos:

Primero. Para nosotros los sa-
nitarios, en las nieves que en es-
tos días tenemos, nuestra obliga-
ción, aparte de estar bien cuidada
y dotada nuestra bolsa, es que,
seguidamente de haber caído la
nieve, tenemos que abrir un ca-
mino de evacuación, en las mejo-
res condiciones que sea posible, de
nuestro Puesto de Socorro a la
primera línea, y si son varios, dis-
tribuidos a diferentes puntos de
nuestra Compañía, mucho mejor

para evitar dificultades y tiempo.

Segundo. Tendremos que abrir
otros varios caminos desde nues-
tras líneas a los depósitos de agua,
cuyos alrededores tendremos que
limpiar de nieve por lo menos en
20 metros cuadrados, evitando de
esta forma que en pocas horas pue-
dan formar nuestros compañeros
un charco de agua, que no es nada
favorable para nuestra higiene en
los alrededores de los depósitos
que es indispensable tener.

Tercero. Tendremos tam-
bién otros caminos enlazados o direc-
tos a las letrinas, indispensables
como las demás cosas, para que
nuestros compañeros puedan ir a
hacer sus necesidades, limpiando
éstas de antemano para evitar que
se ensucien fuera, cosa nada favo-
rable para conservar nuestra hi-
giene si no se evita esto.

Referente a nuestro periódico
mural, mi parecer para resguar-
darlo de las inclemencias del tiem-
po y que pueda estar a la vista,
es poner una madera ancha y un
cristal del mismo tamaño, ponién-
dose entre ambas cosas los artícu-
los que nosotros podamos escribir
dando ejemplo y consejos a nues-
tros compañeros; además, a mi
parecer, las consignas en las trin-
cheras deben ir de la misma for-
ma, por ser mucho más castiga-
das por el tiempo.

Todas estas cosas son muy ne-
cesarias, por lo menos las prime-
ras, y hay que tenerlas en cuenta
en general por todos los sanitarios
para la buena marcha de nuestro
triunfo.

JUAN CRUZADO
Sanitario de la Compañía de
Ingenieros de la 17 Brigada.



Cirugía de vientre.—Por J. M.
MADINAVEITIA.—*Revista de Sa-
nidad de Guerra*, núm. 6. Oc-
tubre de 1937.

El autor presenta tres casos cu-
riosos que ha tenido en el curso
de la guerra.

El primero es un chico, traído
con un balazo en el vientre. En
la operación se encuentra una pe-
ritonitis tuberculosa con ascitis.
Tiene una perforación del epiplon
y ocho del íleon, que se suturan.

Se extrae una gran cantidad de
líquido ascítico y se cierra el pe-
ritoneo. Restablecimiento. El ca-
so abona en favor de la interven-
ción quirúrgica en los casos de
peritonitis tuberculosa, procedi-
miento ya conocido pero puesto
en duda por algunos en estos úl-
timos tiempos.

El autor opina que siempre, en
estos casos, se debe vaciar la
cavidad peritoneal, pero sin ha-
cer lavados. Aconseja además los

baños de sol a partir de la operación. A propósito de las suturas intestinales, propone para las heridas limpias una sutura formando un ángulo de 45 grados con el eje longitudinal, sutura que evita la estenosis. En fin, propone que los heridos de vientre, antes de ser dados de alta del hospital de retaguardia, sean examinados radiológicamente, para buscar las posibles estrecheces intestinales.

El segundo caso es el de un muchacho traído de las trincheras al hospital con el diagnóstico de abdomen agudo. En la operación se descubren en total catorce perforaciones, obligando a la resección de 50 cm. de intestino. Falleció a las veintisiete horas. El examen de laboratorio no da ningún resultado. Ha quedado sin explicación.

El tercer caso es un hombre con vieja herida en el costado. Es traído al hospital con hematemesis, defensa muscular. Fallece en la operación. Presenta siete úlceras gástricas perforantes; una había roto la arteria gástrica sinistra.

Tratamiento de los heridos vasculares de los miembros.—

Por el profesor DR. BASTOS.—*Revista de Sanidad de Guerra*, núm. 7. Noviembre de 1937.

El autor establece nuevos *standards* en el tratamiento de estas heridas. Y son tan interesantes, que si se comprueban en experiencias futuras, deberán cambiar de fondo nuestra actuación frente a estas lesiones.

El *standard* antiguo aconseja una sutura del vaso roto. Esto es imposible en las circunstancias que nos impone la guerra.

La ligadura *in situ* ofrece grandes dificultades técnicas. Además, tiene el inconveniente de favorecer hemorragias secundarias. La ligadura *en la continuidad* es técnicamente fácil, y lo que es decisivo debe hacerse por las siguientes circunstancias:

El miembro superior crea *siempre* vías colaterales, para recobrar su circulación interrumpida, a cualquier altura que se haga la ligadura; entonces, las facilidades técnicas de hacerla en continuidad deciden. La ligadura del vaso principal en el miembro inferior tiene como consecuencia *inevitable* una gangrena. Entonces el cirujano ha-

rá la ligadura donde técnicamente le conviene más: en continuidad.

Esto, por lo que se refiere a las heridas arteriales *recientes*. En cuanto a las hemorragias *secundarias*, las condiciones cambian por completo.

El miembro inferior es capaz de aprender a rehacer su circulación en unos días o semanas, cuando una herida arterial la ha suprimido a medias por la hematoma y la infiltración de la vaina vascular. El estado de espasmo de los vasos, que se produce en las primeras horas, desaparece muy pronto. En el miembro superior, las hemorragias tardías son más graves. Por lo tanto, en los casos de interrupción del vaso principal sin hemorragia profusa (herida seca) en el miembro superior, hay que hacer la ligadura inmediatamente. En el miembro inferior, la línea de conducta es esperar, y ligar, solamente si se produce la hemorragia secundaria. En los casos en que no se dé una dificultad técnica, es aconsejable hacer, *además* de la ligadura en continuidad, una ligadura *in situ*.

Como consecuencia de este *standard*, sería lógico, después de la ligadura reciente del vaso principal del miembro inferior, amputar inmediatamente. El autor deja un espacio máximo de veinticuatro horas. Aun en los casos de ligadura alta, sólo la amputación puede resultar una hemostasia completa.

El autor nos precave de intervenir en las aneurismas arteriovenosas.

La destrucción de las ratas de Amsterdam.—*Le Siècle Médical*, 15 noviembre 1937.

El Director de los Servicios Sanitarios de Amsterdam en un informe reciente, expone los detalles de la lucha que ha llevado contra las ratas en esta ciudad.

Primeramente utilizó los tubérculos de scilla, luego una pasta a base de scilla que ha sido puesta en pequeños paquetes en los diversos barrios de la ciudad. El efecto de estas preparaciones hace enfermar a las ratas de tal manera que se pueden coger y matarlas. Así se evita la acumulación de cadáveres, aún más peligrosa que las mismas ratas.

El Director de los Servicios

Sanitarios concluye diciendo que la desratización en una gran ciudad es posible, que las preparaciones a base de scilla son un veneno eficaz; que de estas preparaciones las mejores parecen los líquidos y las pastas; que la desratización debe continuarse mucho tiempo después de la desaparición aparente de los animales.

Añade, al fin, que uno de los factores más importantes en una desratización efectiva es la destrucción de los lugares abandonados o mal cuidados, donde las ratas pueden fácilmente cobijarse.

Primer Congreso Internacional de Piroterapia.— Universidad Columbia New-York. Marzo 1937. *La Presse Médicale*, 28 agosto 1937.

El doctor Abrami distingue dos métodos de piroterapia. El primero consiste en la producción de un acceso febril por inyección en el organismo de una sustancia heterogénea; se producen fenómenos de shock, cuyas reacciones son, prácticamente, imprevisibles. Otros métodos consisten en provocar la fiebre por medios físicos: ondas cortas o atmósfera cálida. El médico puede regular a voluntad la intensidad y la duración.

Es digno de notar que estos dos métodos dan resultados terapéuticos semejantes en las mismas enfermedades. En un principio se creía que la hipertermia es el factor común, pero hay indicios de que no es así. El doctor Agrami piensa que la curación de la enfermedad depende de reacciones biológicamente muy complejas del sistema neuro-vegetativo asociadas a la fiebre artificial.

A continuación, el doctor Hardi, de Nueva York, habla del mecanismo de la pérdida de calor del cuerpo humano.

El doctor Charles Richet expone el problema de la posología de la fiebre terapéutica estimando que, además de la regularización de la natura, intensidad, duración y repetición de esta fiebre, hay que elegir, según los casos, el shock o la hipertermia. Cree que hay que asociar la piroterapia en muchos casos con otros medios terapéuticos e insiste que sería útil en ciertos casos localizar el calor en ciertas partes del cuerpo.

Los doctores Alphen y Auclair, de París, describen la técnica de

la utilización de las ondas cortas en la piroterapia.

A continuación, diferentes doctores de Francia y Estados Unidos informan sobre la fisiología de la fiebre y las reacciones del organismo ante la fiebre terapéutica.

Los doctores Laubri, Yacoel y otros, hablan de la piroterapia, de las afecciones cardiovasculares y afecciones vasculares periféricas. Todos han obtenido buenos resultados con este método.

La piroterapia ha sido empleada con éxito por diversos médicos franceses y americanos en Pediatría.

Los doctores Benet y Ceach han tratado diversos casos de estados dolorosos neurálgicos por la piroterapia.

En las enfermedades oculares también tiene su aplicación la piroterapia.

El doctor Lardennois, de París, demuestra que los efectos requeridos en cirugía de la piroterapia son principalmente: La modificación del terreno, la de los efectos del "shock", la descongestión y la estimulación de las acciones celulares. Pasa revista de las diferentes afecciones quirúrgicas que entran en las indicaciones de la piroterapia: Afecciones agudas localizadas, como ántrax, linfangitis, adenitis, flemones, osteitis, osteomielitis, gastritis aguda no tuberculosa, abscesos de amígdala, de cuello y de pulmón. Alivia también en las reacciones cólicas. Calma el dolor en las adenopatías crónicas y en las adherencias.

En Ginecología, en fin, la importancia de la piroterapia es considerable.

Los doctores Arteman y otros han efectuado el tratamiento de la tuberculosis experimental del perro por la fiebre artificial.

Un experimento interesante sobre el tiempo necesario para matar por el calor, "in vitro", las células cancerosas de animales ha sido expuesto por J. Jares, de Nueva York.

A continuación diferentes médicos franceses, daneses y americanos han informado de sus experiencias personales sobre el tratamiento de la piroterapia de la sífilis y de sus consecuencias, como asimismo de las infecciones gonocócicas.

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