

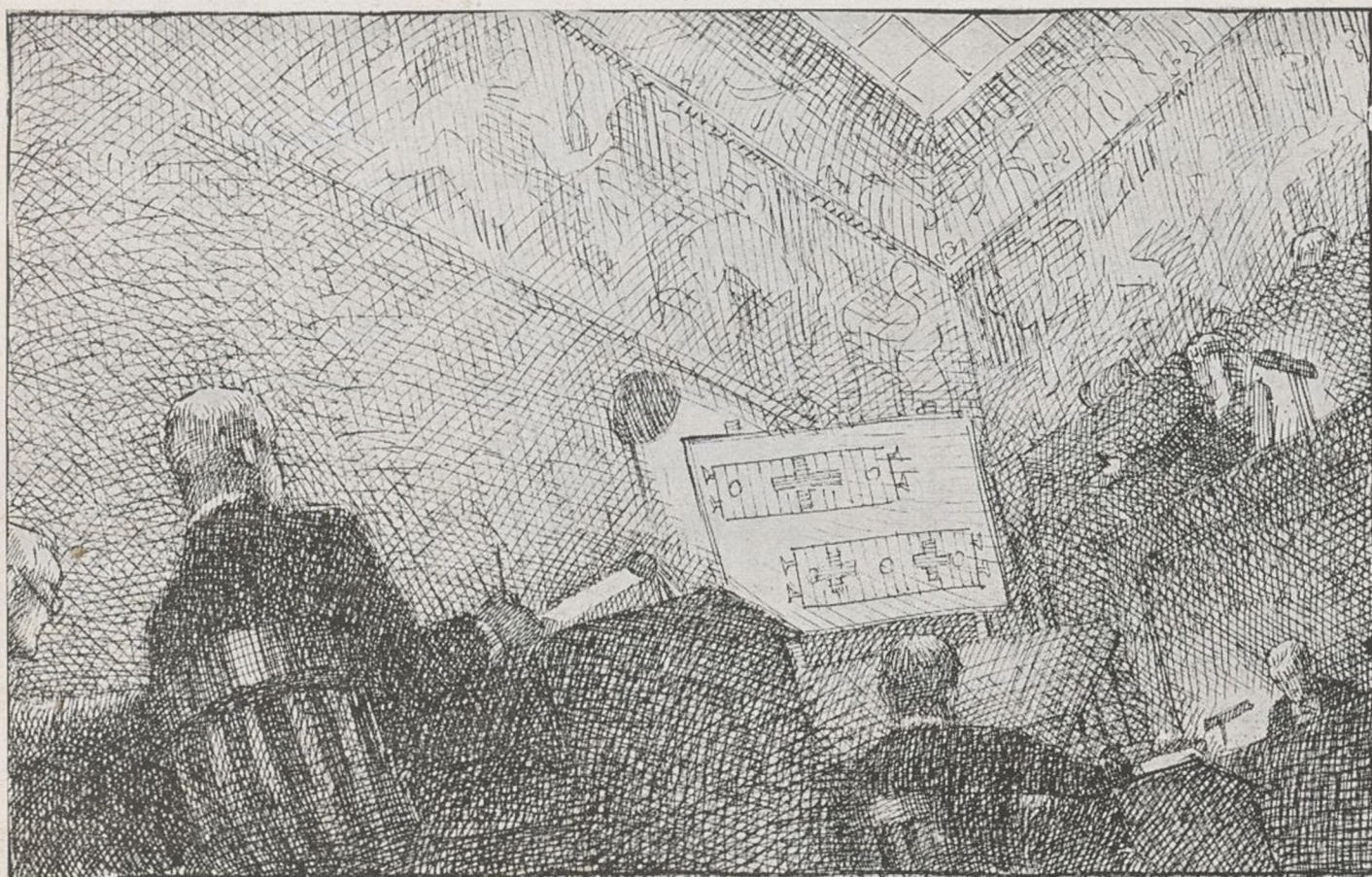
LA VOZ de la SANIDAD

DE LA XV DIVISION

Núm. 25

27 Enero de 1938

La Convención de Ginebra y la realidad de nuestra guerra



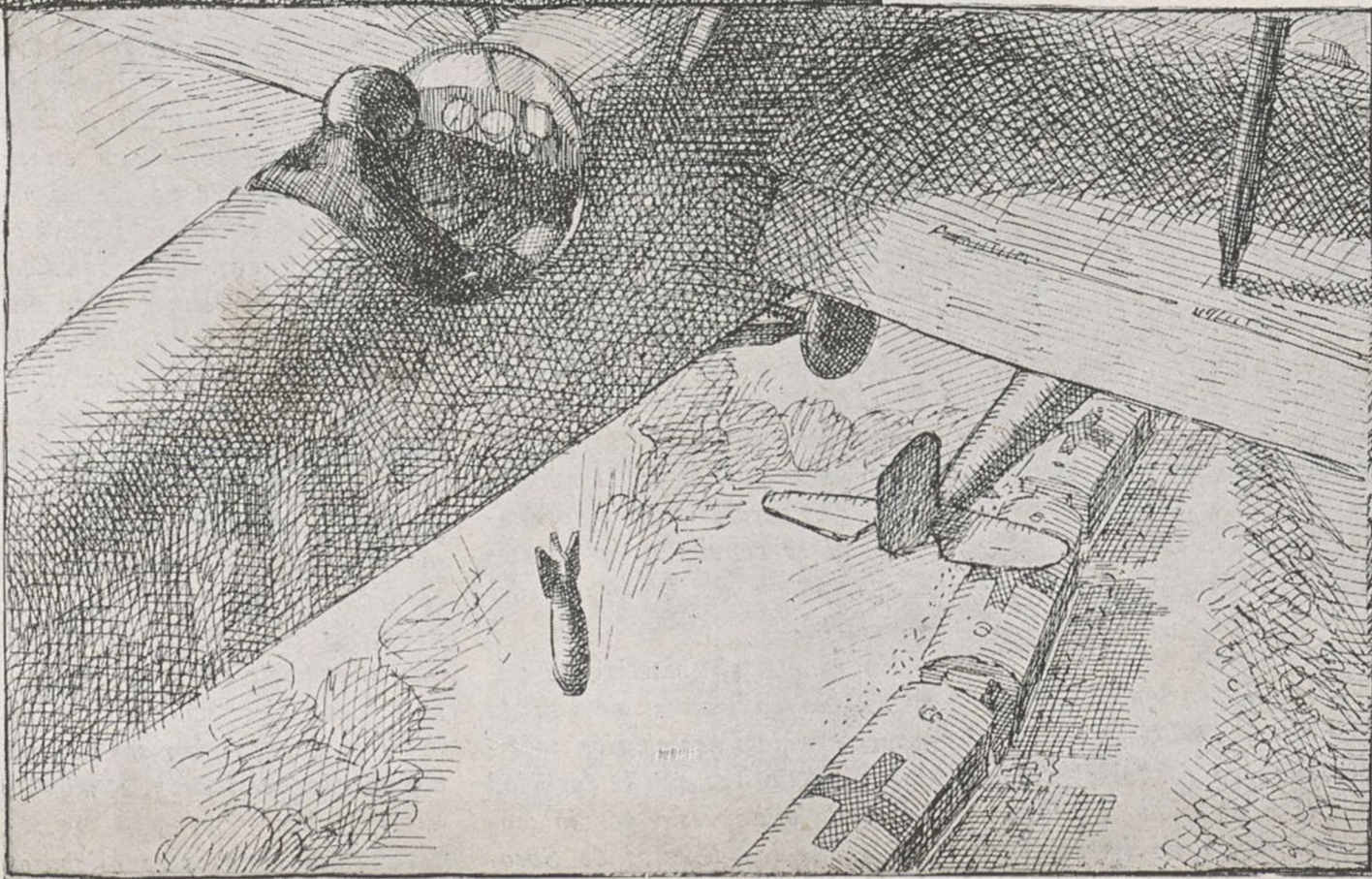
Signo distintivo: La cruz roja sobre fondo blanco es el signo que distingue al personal y formaciones a quienes alcanzan los beneficios de la Convención de Ginebra.

El debe ser respetado por los beligerantes.

(De las conclusiones acordadas en la Convención de Ginebra.)

La aviación enemiga actuó sobre la retaguardia de nuestra primera línea y bombardeó un tren sanitario en la estación de Rubielos de Mora, a pesar de haber podido percibir los distintivos de Sanidad.

(Del parte de guerra del día 14 de enero de 1938.)



No nos protege ningún Convenio. ¡Nuestra única protección es la fuerza de las armas!

Ayuntamiento de Madrid

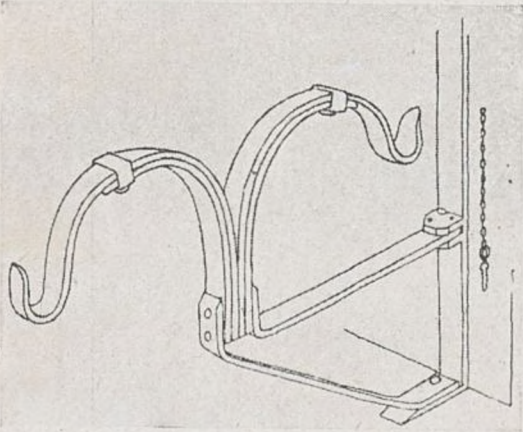
El material sanitario de los Batallones de Infantería

I

De las funciones que el Puesto de Socorro de Batallón, mejor aún, que el médico de Batallón desempeña, se deduce cuál ha de ser a grandes rasgos el material sanitario que constituye su dotación.

Curación y transporte de heridos y enfermos y velar en todo momento por las buenas condiciones higiénicas de su Unidad, son las funciones "grosso modo" enumeradas.

Respecto al material de transporte, no hay discusión alguna. Los antiguos "carros sanitarios" del Ejército alemán en la Gran Guerra. Los coches "Bohner" han sido ya sustituidos por las ambulancias. Esto es un hecho en casi todos nuestros Batallones. La ambulancia es el material móvil de que el Batallón dispone. Entre éstos nos parecen preferibles aquellas ambulancias ligeras de dos camillas y cuatro plazas sentadas. Su rapidez, su pequeñez, su movilidad los hace sumamente aptos para la circulación por terrenos de malas vías de comunicación; concretamente, en este sentido, los coches ligeros del Arma de Carabineros fácilmente transformables en ambulancias, se acercan mucho al ideal. No constituyen para nosotros un ideal completo porque carecen de los soportes, tan necesarios para amortiguar los movimientos del coche en malas carreteras. Pero



Soporte "standard" de camillas.

el problema es de solución fácil porque la adaptación de unos soportes plegables no impedirá en absoluto las restantes utilidades de estos coches.

Mas, por el momento, pocas de nuestras Unidades disponen de estos vehículos acondicionales, y la ambulancia corriente de dos a cuatro camillas es el modelo general, y en este punto queremos hacer hincapié en el problema de suspensión. Hace ya mucho tiempo que el Ejército del Centro implantó un tipo de suspensión económica (más económica que todas las existentes) y a la vez más eficaz, porque al ser adaptables en este modelo las camillas corrientes, se evitan los movimientos y traslados frecuentes y perjudiciales para el herido. Estamos seguros que no hay médico de Batallón que alguna vez, al tener que transportar un herido de uno u otro tipo de camillas no se haya planteado la necesidad de la unificación de estas suspensiones. Y el problema está resuelto teóricamente en general y prácticamente en algunas Unidades. Esperamos que pronto se generalice también la aplicación práctica, evitándose con ello no sólo multitud de perjuicios innecesarios al herido, sino el gasto extraordinario de los otros tipos de suspensión y camillas.

Y volviendo a nuestro punto de discusión, y sentado ya que en la dotación de los Batallones existe como vehículo de transporte la ambulancia, nos queda señalar que habrá naturalmente muchos casos en que las ambulancias no puedan llegar a los Puestos de Socorro de Batallón. En estos casos, si se trata de terreno llano o suavemente ondulado, los camilleros destacados de los grupos pueden hacer el traslado hasta la ambulancia o hasta el Puesto de Clasificación. Si el terreno es montañoso, de los Cuerpos de Ejército se destacarán el número de artolas necesarias, que accidentalmente se convierten en un medio sanitario de transporte del Batallón.

En cuanto al material de curación, se ha tratado siempre de armonizar las necesidades médicas y quirúrgicas con la facilidad de traslado impuesta por la movilidad de los Puestos de Socorro de Batallón. El problema continúa irresuelto. En los comienzos

de nuestra guerra, en algunas Unidades se utilizaron los cestones y botiquines de Batallón, contruidos los primeros de madera pesada, que hacían muy dificultosos los traslados. En estas con-

es si de estos dos cestones conviene que uno sea, por decirlo así, de combate, el de curación propiamente dicho, y el otro el que lleve los medicamentos y materiales de empleo fundamental en momentos



Cestón de Batallón.

diciones, y en el Ejército del Centro, se empezaron a utilizar cestones de mimbre de 65 por 45 cm. y 45 cm. de alto, que si bien resolvían el problema del traslado por su poco peso, tenían en su contra el hecho de no ser impermeables, produciéndose frecuentemente deterioros del contenido. Otro hecho en contra es su endeblez. Ciertamente débiles, lo son más en apariencia que en la realidad. Mas estos dos detalles se pueden subsanar con facilidad con un simple forro de tela impermeabilizada y unos refuerzos de madera, en el cesto mismo. El traslado lo pueden efectuar dos sanitarios, aunque sería de desear que en combate en zona montañosas se adscribiese un mulo con un baste al que podrían sujetar con correas los cestones de mimbre antes citados.

De estos cestones se asignaron ya en otro tiempo dos a cada Batallón. El punto inicial a resolver

de reposo. Desde nuestro punto de vista, teniendo en cuenta la necesidad del desdoblamiento del Puesto de Socorro, en muchas ocasiones en reposo, y la necesidad imperiosa de que lo haga en combate en casos de avance o retirada, creemos que no conviene que exista una especificidad en los cestones. De esta forma, si el Puesto de Socorro es único siempre, habrá uno en reserva; si es doble, podrá existir uno en cada Puesto, y si se trata de un combate estará siempre resuelto el problema de los desdoblamientos en profundidad.

Respecto al cestón mismo, los que nosotros venimos utilizando, están divididos en dos departamentos. Uno de 12 centímetros de largo y otro de 43 centímetros. Conviene que además de la tapadera estos cestones de mimbre, al modo de los antiguos reglamentarios de madera, se abran también por su parte anterior y dejen ver

Puestos de Clasificación

VII

Funciones. Triage y rectificación de cura

El triage es un principio fundamental de la Sanidad de guerra; él inicia la asistencia a los heridos en todas sus etapas. El triage es la clasificación de los heridos desde un cierto punto de vista. En las primeras etapas—desde la línea hasta el hospital donde el herido recibe la ayuda quirúrgica definitiva—*el contenido del triage es la determinación de la urgencia de la intervención*. Dentro de las etapas mencionadas, este contenido es, en el fondo, idéntico, pero con ciertas diferencias cualitativas e importantes diferencias cuantitativas.

El sanitario de Compañía hace triage preguntándose: “¿Cuál de entre los heridos necesita más urgentemente mi ayuda?” Y “¿Cuál debe ser evacuado primero?” Para el sanitario de Compañía, las dos preguntas son prácticamente sinónimas.

En el *Puesto de Socorro de Batallón* el triage es cuantitativamente mayor y cualitativamente más profundo. El problema de urgencia para el médico de Batallón concierne, en primer lugar, no en su ayuda, porque los heridos vienen—o mejor dicho, deberían venir—ya primitivamente curados, y por otra parte, sus medios para curar son muy limitados; el problema concierne, sobre todo, en la urgencia de la intervención por el cirujano. Es decir, la determinación del orden de evacuación. Naturalmente, si hay heridos que vienen al *Puesto de Socorro de Batallón* sin ser curados, entonces el problema es el mismo que en la Compañía.

En el *Puesto de Clasificación* el

contenido del triage se conserva igual; pero conforme a la mayor extensión del sector, más amplio, y con arreglo a posibilidades cu-



Un Puesto de Clasificación en función.

rativas mayores, aunque todavía limitadas, más profundo.

Aun aquí, nunca se puede hacer un triage clínico-quirúrgico; éste, más serio cualitativamente, queda reservado al hospital. Pero el triage en el *Puesto de Clasificación* ha tomado hoy una importancia mayor que la que tenía en la Gran Guerra. Porque aquélla ha puesto el punto de gravedad de la función del triage en el primer

hospital de campaña, y en período de lucha con gran masa de heridos, aun en el segundo, llamado hospital de evacuación primario. Las consecuencias de esta división del trabajo las trataremos en el capítulo siguiente, en conexión con otra función del *Puesto de Clasificación*.

El triage en el *Puesto de Clasificación* se aproxima, según las

sanitarios de instrucción deficiente tienen las Compañías. Y también cuanto más grande es el número de heridos, es decir, cuanto más heridos llegan al *Puesto de Batallón* sin la primera cura apropiada o bien sin ninguna cura.

En el *Puesto de Clasificación* los heridos llegan ya después de una ayuda médica, y esto mismo ya restringe la necesidad de co-

posibilidades locales, más o menos a uno clínico-quirúrgico. Pero es por regla general un triage relativamente grosero—*dégrossiseur*, como le llaman los franceses—y tiene que quedar fundamentalmente como tal. Sobre las posibilidades de una profundización limitada del triage en los *Puestos de Clasificación* hablaremos más adelante.

En período de tranquilidad, con pocos heridos, el triage tiene un papel poco importante. Pero en momentos de lucha su papel es decisivo; la falta de un triage, o bien un triage falsamente aplicado, puede costar muchas vidas humanas.

La otra función, la *rectificación de cura*, está tan estrechamente ligada con el triage, que debemos abarcar a los dos en lo que sigue.

Ya el *Puesto de Socorro de Batallón* tiene la tarea de la *rectificación de cura*. Y esto, en grado tanto más alto cuanto más sa-

rección en el tratamiento provisional. La tarea puede hacerse más amplia cuando en el caso de un aflujo intenso de heridos las etapas precedentes no pueden cumplir completamente sus funciones. En todo caso, podemos decir que el volumen de las rectificaciones necesarias en el *Puesto de Clasificación* es un espejo bastante fiel de la eficacia de la Sanidad de Batallón; cuando más eficaz es ésta, tanto menos tiene que hacer el *Puesto de Clasificación*. El tendría que hacer muy poco, en lo referente a la rectificación de curas, con las excepciones que en lo siguiente se explican. Por esto la vieja denominación “*Puesto de Clasificación y rectificación de cura*”, no refleja la naturaleza justa de esta etapa, porque cuando se nombra esta función suya deberían nombrarse también las otras funciones, no menos importantes.

Para el desempeño de la función del triage y para el juicio

dos departamentos en la zona de de 43 centímetros. Uno inferior, de 25 centímetros, para material de cura, y otro superior, de 20 centímetros, para medicamentos y sustancias afines.

Naturalmente que estos departamentos podrían aún multiplicarse y perfeccionarse; pero nosotros antes que hablar de lo que representaría el ideal máximo preferimos limitarnos a un ideal dentro

de nuestras posibilidades actuales.

Y ya con el continente se trata de resolver el arduo problema de contenido. Nosotros no podemos resolver en definitiva; pero sí proponer en la siguiente comunicación lo que la práctica y los trabajos estadísticos de consumo de medicamentos y material sanitario nos ha demostrado más eficaces en todo momento.

de donde es necesario la rectificación de cura, se necesita ante todo un *ojo médico experimentado*. El responsable de estas funciones no puede ser un cualquiera. Tiene que poseer una instrucción quirúrgica general; además, es indispensable cierta experiencia de cirugía de guerra. Debe ser rápido en el juicio y en la decisión, tiene que poseer facultades organizadoras y—*last not least*—, tiene que poder dominarse, guardar sangre fría.

Tratar aquí todo el contenido de un triage, enumerar las indicaciones para una rectificación de cura, supondría escribir un pequeño tratado de cirugía de guerra. Los puntos de vista generales en el enjuiciamiento de la urgencia de la intervención y de la necesidad de una corrección de la curación preferente de la herida tenemos que suponerlos aquí como ya conocidos.

No obstante, creemos necesario dar aquí algunas indicaciones que la práctica nos ha enseñado como extraordinariamente importantes y no conocidas por todos. Ellas son de índole en parte organizadora, en parte quirúrgico-práctica.

El Puesto de Clasificación recibe un grupo considerable de heridos. Ante todo, el médico debe rápidamente, y de una manera superficial, recibir una impresión general. Aquí puede ser de importancia para él una indicación del sanitario que acompaña a los heridos. En un rápido examen, él excluye a los heridos leves. Entre los heridos graves elige con arreglo a los signos visibles o bien reconocibles con una ligera inspección (tubo compresor, tos sanguinolenta, falta de pulso, etc.), o ateniéndose a la impresión general (palidez de muerte, pérdida de conocimiento, convulsiones, etcétera). Otra indicación la *puede* dar la ficha acompañante.

Ahora tiene delante los graves entre los graves. Por un examen corto, juzga cuál de éstos tiene la preferencia, si el herido debe ser evacuado inmediatamente o si necesita una rectificación de cura y de qué índole. Entonces da las órdenes correspondientes. Deja hacer todas las manipulaciones técnicas (cambio de vendaje, inyecciones, etc.), si es posible, por sus ayudantes, que trabajan en varios equipos. El puede de esta

manera, con un cierto entrenamiento, asistir a un tiempo a varios heridos.

Claro que en un Puesto de Clasificación grande pueden—y frecuentemente deben—hacer triage y “rectificar” varios médicos al mismo tiempo, pero siempre hay uno que dirige estas funciones—como también las otras—y ordena. El mando único tiene aquí también una importancia decisiva. Generalmente, se debe aspirar a disminuir el número de rectificaciones de cura al mínimo posible. La frase siguiente debe ser una directriz: *En la gran mayoría de los casos, el transporte acelerado del herido a la mesa de operaciones es mucho más importante que las posibles correcciones en el Puesto de Clasificación.*

¡Pero ello no debe hacernos caer en el otro extremo, evacuar precipitadamente! Hay heridos graves que no necesitan una evacuación urgente; otros, a quienes una cura antes de evacuar les produce un alivio importante; otros, para quien esa cura significa en ocasiones el salvar la vida. Finalmente, hay heridos graves que no pueden soportar una evacuación inmediata.

Ahora, algunos consejos quirúrgico-prácticos referentes a la cirugía del Puesto de Clasificación.

Cuando viene un herido con *tubo compresor* hay que comprobar su necesidad. Con la excepción de las roturas evidentes de los vasos principales, como en las amputaciones traumáticas y extensas destrucciones de tejidos. En los demás casos hay que ser escépticos. En las batallas acaecidas hasta ahora, en los Puestos de Clasificación se ha comprobado como innecesaria la mayor parte de los tubos compresores colocados. (Seguramente hoy, en el estado actual de instrucción de nuestros sanitarios, recibiríamos una impresión mejor.)

En *fracturas* insuficientemente inmovilizadas, no hay que escatimar el tiempo: retener para hacer una rectificación. ¡No hay que olvidar una inyección de morfina!

Hemos aprendido en el transcurso de esta guerra a utilizar más extensamente la morfina en *heridas de vientre* también. El consejo de la cirugía de paz de abstenerse en casos dudosos de esta medida para no velar al cirujano el sín-

drome de una perforación eventual, ha perdido su valor casi completamente ante la práctica presente, muy extendida, de las laparatomías de exploración. Pensamos ahora más en luchar contra los dolores, y principalmente contra el *shock*.

Al dominio de las heridas a rectificar en el Puesto de Clasificación pertenecen sin duda *las heridas penetrantes de pecho* que llegan insuficientemente ocluidas. No hay que olvidar tampoco una corrección en la posición del herido sobre la camilla. ¡La morfina es obligatoria!

Las heridas de la *espina dorsal*—como también las anteriormente mencionadas, y en general todas las lesiones graves—nos recuerdan siempre que hay que unificar las camillas de nuestras ambulancias para poder ahorrar a estos heridos los dolores producidos por los movimientos en los repetidos traslados de una a otra camilla.

Ahora es probablemente la regla general de conducta ante los *heridos penetrantes de cráneo* el considerar estas lesiones, no obstante su gravedad, no como las más urgentes. La consecuencia se desprende por sí misma.

Discutida es nuestra conducta ante un grupo de heridos graves; nos referimos a los *heridos graves no transportables*, entre ellos los *desangrados*, y finalmente los *shockados*. Queremos fijar para estos casos algunas líneas de conducta. El número de “desahuciados”, y por ello “inoperables”, de guerras anteriores, ha disminuído mucho en el curso de esta guerra. Uno de nuestros cirujanos, el doctor Jolly, da los siguientes datos de comparación: Durante la guerra mundial, en los ejércitos franceses e inglés han sido declarados desahuciados el 20 ó 30 por 100 de los heridos de vientre y se les dejaba morir sin intentar salvarlos por una operación. El 95 por 100 de los heridos de vientre que llegaban hasta nuestros hospitales de campaña han sido operados según el autor citado. Nuestra Sanidad ha sido superior, moralmente, desde el principio a la de la guerra mundial. Hoy lo es también técnicamente. Es una de nuestras principales tareas la de reducir hasta el último mínimo el número de estos “desahuciados” que ya no necesitan nuestro

esfuerzo. Pero queda una serie de heridos, moribundos, para los que el transporte al hospital significa el golpe de gracia. Ellos, aun después de llegar al hospital, no podrían en ningún caso soportar una operación inmediata. Nuestra conducta en tales casos debe ser la siguiente: *Los heridos graves no transportables, no inmediatamente operables, quedan en el Puesto de Clasificación.* Pero el Puesto de Clasificación debe tener aquellos medios que el hospital usa en estos casos. Esto se refiere, en primer lugar, a los gravemente desangrados.

Hemos llegado al problema de la *transfusión de sangre*. ¿Hay que hacer en el Puesto de Clasificación transfusiones de sangre? Hasta ahora no se han practicado, no exclusivamente por dificultades técnicas—se pueden salvar—, sino por su oportunidad dudosa en esta etapa sanitaria. Y verdaderamente una transfusión inmediatamente *ante, intra o post operationem*, es generalmente más conveniente y mucho más eficaz que una efectuada en la etapa anterior, puesto que en tal caso ante el herido hay todavía un transporte molesto. Nosotros seguimos ateniéndonos al concepto antedicho: una evacuación acelerada es generalmente preferible a una intervención intermedia. Pero hay excepciones, y precisamente los casos antes mencionados lo son: un herido gravemente desangrado, cuyo transporte posterior suscita el miedo a que muera en el camino, debería recibir una transfusión de sangre en el Puesto de Clasificación que podría quizá salvarle la vida. Hacemos resaltar que lo dicho se refiere expresamente a casos muy especiales ya citados. La consecuencia de esto es que *el Puesto de Clasificación debe disponer de las posibilidades técnicas necesarias para la realización de transfusiones.*

Parecido es el caso del *shock*. El problema del tratamiento de los *estados de shock* ha sufrido durante esta guerra una transformación fundamental. Nos referimos al *tratamiento preliminar*, las medidas tomadas en las etapas sanitarias anteriores al hospital. Casi generalmente se ha empleado el método de la excitación, esencialmente por la administración de cardíaca. La experiencia, propia

a serie de
ra los que
l significa
aun desal,
no po
portar una
estra con
be ser la
graves no
liatamente
Puesto de
Puesto de
aquellos
sa en es-
e, en pri-
mente de-
blema de
re. ¿Hay
de Clasi-
sangre?
racticado,
ficultades
r—, sino
a en esta
deramente
liatamente
ionen, es
niente y
una efec-
r, puesto
erido hay
molesto.
donos al
evacua-
eralmente
ción in-
excepcio-
casos an-
un heri-
do, cuyo
a el mie-
nino, de-
usión de
Clasifica-
lvarle la
ue lo di-
te a ca-
ados. La
que el
debe dis-
técnicas
ción de
el shock.
ento de
sufrido
ransfor-
referi-
inar, las
apas sa-
tal. Casi
eado el
esencial-
ción de
propia

y ajena, nos ha enseñado algo me-
jor (véase el artículo tan instruc-
tivo del Dr. Berbiela, *Revista de
Sanidad de Guerra*, núm. 2, 1937.)
El peligro de un shock secunda-
rio después de una mejoría mo-
mentánea del primario, nos pre-
viene de intervenir en el estado
de "equilibrio espontáneamente es-
tablecido entre la circulación len-
ta y el metabolismo gaseoso re-
tardado", o sea en las etapas
avanzadas, como el Puesto de Ba-
tallón y el Puesto de Clasificación,
de donde hay todavía para el he-
rido un transporte hasta el lugar
de la intervención quirúrgica. Pe-
ro ninguna regla carece de ex-
cepciones, y precisamente por és-
tas tratamos aquí este problema.
Heridos con shock gravísimo,
cuyo transporte inmediato no es
posible sin peligro de muerte in-
minente, deben recibir en el Pues-
to de Clasificación una ayuda in-
mediata y poder quedar allí al-
gunas horas, si es preciso, hasta
su evacuabilidad. Entre las me-
didas a practicar allí, la más im-
portante es la *recalentación* de
shockado. En nuestros Puestos de
Clasificación futuros, las condicio-
nes técnicas para ello no faltarán.
Creemos que esos últimos pro-
blemas pertenecen también al te-
ma "triage y rectificación de cura
en el Puesto de Clasificación".
Hasta ahora casi no se han teni-
do en cuenta en la literatura; en
la práctica, muy poco. Una tal
ampliación del círculo de funcio-
nes del Puesto de Clasificación la
consideramos como un progreso
importante, que debe ser realiza-
do en todos los Puestos cuyas con-
diciones lo permitan. Las medi-
das mencionadas, como también
todo el contenido quirúrgico de
las funciones en el Puesto de Cla-
sificación, necesitan una fuerza
quirúrgicamente adiestrada. Segu-
ramente que estaría bien que en
el Puesto de Clasificación de gran
dimensión—el de una División, o
más aún, el de un Cuerpo de Ejér-
cito—hubiese entre el personal un
cirujano como consultante. Una
ampliación mayor de trabajo qui-
rúrgico en el Puesto de Clasifica-
ción, esta *estación prequirúrgica*,
limitada sin embargo, es muy po-
sible en casos excepcionales, pero

en general no la consideramos con-
veniente.

No queremos detallar más las
medidas curativas que hay que rea-
lizar en el Puesto de Clasificación;
pero de las medidas profilácticas,
un problema merece atención: la
utilización de los sueros antitetá-
nico y antigangrenoso. Como ya
hemos publicado en otro lugar,
hemos hecho, por lo menos para
los médicos de nuestra Unidad,
el siguiente convenio: En perío-
do de tranquilidad, estas inyec-
ciones se ejecutan en el Puesto
de Socorro de Batallón; durante
una lucha, el médico de Batallón
hace saber al Puesto de Clasi-
ficación, por una nota en la ficha,
si el herido ha recibido las in-
yecciones o no; cuando el herido
llega sin ficha, ello significa tam-
bién que no ha recibido inyec-
ciones, y el Puesto de Clasifica-
ción suple lo que en el Puesto
de Socorro de Batallón no ha
sido hecho. Otra posible regula-
ción sería que el Puesto de So-
corro de Batallón no inyectase
los sueros en *período de lucha en
ningún caso*, y entonces la tarea
incumbiría totalmente al Puesto
de Clasificación. Sea como quie-
ra, el problema debe ser regulado
antes de la lucha para prevenir
complicaciones.

Todo este trabajo en el Puesto
de Clasificación, este nudo esen-
cial de la Sanidad, exige una co-
ordinación precisa y una división
del trabajo entre el personal. Per-
sonal instruido y experimentado es
necesario aquí; que por una par-
te sabe trabajar bajo un mando
único, pero que también tiene al
mismo tiempo iniciativa propia.
Sanitarios que no se lanzan so-
bre vendajes bien puestos para
"rectificarlos"; para quienes un
vendaje ensangrentado no signi-
fica por sí solo una herida grave;
que dominan los procesos técni-
cos que les son confiados; en una
palabra: ayudantes plenamente efí-
caces del médico, sobre los que
se puede confiar. Su trabajo es al
mismo tiempo una valoración del
trabajo del médico que les ha ele-
gido e instruido.

Llegamos al final. Triage y rec-
tificación de curas son dos fun-
ciones estrechamente enlazadas; la

rectificación de curas presupone
un triage anterior, que indica si
hay necesidad de correcciones y
cuáles son éstas. Y por eso prin-

cialmente el triage nos interesa-
ba aquí desde este punto de vista.
El tiene también otro aspecto. So-
bre ello hablaremos en otro sitio.

ESTADISTICAS SANITARIAS

Especificación de bajas según el agente agresor

*De los informes que el médico
en combate puede proporcionar al
Mando militar, quizás el más im-
portante es el que se refiere a la
especificación de bajas según el
agente agresor.*

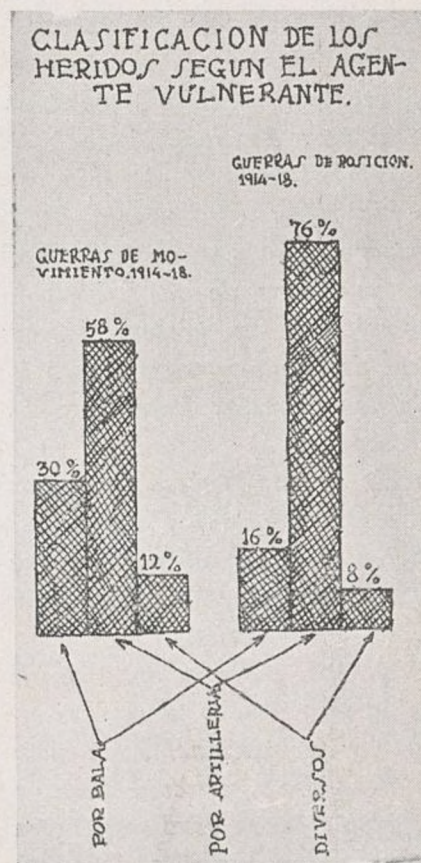
*En este sentido la reserva mili-
tar impone que se silencien los da-
tos que podamos poseer y sólo que-
remos brevemente, con afán de di-
vulgación, exponer unas cifras
que, por otra parte, los médicos
militares podrán encontrar en cual-
quier tratado de Sanidad militar
de campaña.*

*Excusamos decir que el porcen-
taje de bajas de artillería ha va-
riado considerablemente en rela-
ción con las guerras anteriores a
la Europea. Mientras que antes de
1914, en las guerras, el porcen-
taje de artillería era mínimo en re-
lación con los porcentajes de otras
armas, en la Guerra Europea se
alteró por completo este resulta-
do con un predominio de las bajas
por metralla.*

Este hecho ha sido llamado in-

*versión de la fórmula balística y
tiene un interés indudable, ya que
puede servir de guía, siquiera apro-
ximada, en nuestros cálculos.*

*Los porcentajes que se dan como
corrientes y que tomamos del li-
bro de Montserrat son los si-
guientes:*



UN NUEVO PUESTO ANTIYPERITA

*En nuestro Puesto de Clasifica-
ción Grozeff ha quedado instala-
do el nuevo dispositivo de duchas,
adaptadas por su disposición al
tratamiento inicial de los yperita-
dos. Nada ha de coger despre-
venido al Ejército del Pueblo.*

*El Puesto de Clasificación Gro-
zeff continúa así su obra de pre-
paración constante para los más*

*fuertes combates, que han de en-
contrarle prevenido a las más va-
rias contingencias.*

*El servicio de duchas se utiliza
actualmente, y así ha sido su in-
auguración para el personal del
Puesto, que de esta forma ve en-
riquecidos los medios necesarios
para la conservación de la hi-
giene.*

Reuniones médicas

El día 20 del corriente se celebró la habitual reunión médica en el P. de C.

Primeramente el camarada

CENTENERA, médico del 71 Batallón, comunicó a la reunión el estudio que a continuación damos sobre

Lengua geográfica

Vamos a comunicaros hoy unas observaciones que juzgamos interesantes a propósito de una enfermedad de la lengua que aqueja a una buena parte de nuestros soldados en el Batallón, y de la cual nosotros desconocíamos todo. La abundancia de material de observación nos ha permitido reunir unos cuantos datos a propósito de la evolución del proceso; el fracaso de los medios ordinarios empleados en su tratamiento nos hace recurrir a vosotros por si supierais algo de la tal enfermedad.

Ya en algunas de nuestras reuniones Sanjuanbenito (Comandante entonces de Sanidad de la 17 Brigada) llamó la atención, sin insistir sobre ello, acerca de la frecuencia con que los médicos de los Batallones de su Brigada le comunicaban la presentación de casos de lengua geográfica en los soldados de estos Batallones. Ignoramos si él profundizó en el estudio de este proceso (aun cuando creemos que las ocupaciones inherentes a su cargo y su contacto menos estrecho con el enfermo se lo impedirían).

Nuestras observaciones, iniciadas no hace mucho tiempo, se elevan ya exclusivamente en nuestro Batallón a cuarenta casos, de los cuales pocos acudieron espontáneamente a consulta. Los más, fueron llamados por nosotros cuando decidimos hacer un estudio de conjunto. La difusión entre los soldados de nuestro interés por el asunto ha hecho que acudan a nosotros casos en que las molestias son muy precoces. Por otra parte, los casos ya más duraderos que acudieron a nuestra llamada, y en los que la enfermedad lleva un tiempo de duración variable, juntos con los anteriores, nos han permitido reconstruir la evolución del proceso juntamente con una sistematización del cuadro clínico.

Los enfermos aquejan sistemáticamente molestias de la lengua, consistentes en sensación de escozor y de ardor intenso al beber

vino y al tomar líquidos calientes. Las bebidas frías producen molestias mucho menos intensas o no producen ninguna. Los alimentos sólidos, y especialmente el pan, producen sensación de aspereza, como si raspasen la lengua. El humo del tabaco provoca también sensación de ardor; muchos soldados achacan a la mala calidad de éste las molestias y por eso no acuden a la consulta. Ciertamente, la sintomatología presenta diferencias de grado de unos a otros casos, lo que depende con seguridad de la variable intensidad de las lesiones, del acostumbamiento de las terminaciones nerviosas a las nuevas condiciones y de la reacción psíquica frente a las enfermedades.

Las molestias son intensas durante un breve número de días

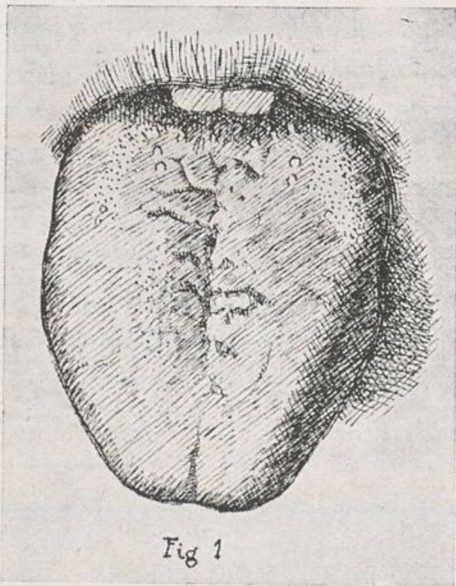


Fig 1

(de tres a quince), haciéndose al cabo de este tiempo más llevaderas, pudiendo o no desaparecer completamente para volver a hacerse más perceptibles después de un tiempo distinto de unos sujetos a otros.

Simultáneamente, en algunos casos se presentan también dolores de encías, que presentan tendencia a sangrar fácilmente; los enfermos cuentan que al morder el pan dejan en él pequeñas manchas de sangre; asimismo sangran las encías al limpiarse los dientes. El

número de sujetos con estas molestias no es seguramente superior al de los sujetos normales que puedan presentarlas.

Como más frecuencia hay molestias de garganta, preferentemente disfagia dolorosa, que se presentan en los casos de aparición aguda, aunque no constantemente. Cuando se presentan, las molestias faríngeas son de menor duración que las de lengua.

En un caso se ha presentado infarto ganglionar en la región cervical derecha. Un ganglio palpable es del tamaño de una avellana de mediana consistencia y libre.

La enfermedad se presenta en sujetos completamente sanos con anterioridad, sin antecedentes patológicos especiales; cuando han padecido alguna enfermedad anteriormente, ésta no guarda relación con el proceso. En varios casos las molestias de lengua con el curso de agudizaciones y remisiones que hemos visto caracterizan a la enfermedad se presentan desde la infancia.

La exploración no da, fuera de los datos locales, signos por parte de algún otro órgano o aparato. Sujetos bien constituidos, fuertes, en buen estado de nutrición, bien coloreados de piel y de mucosas, no presentan fenómenos patológicos a la exploración de pulmón, corazón ni abdomen. El hecho de que muchos pacientes no acudan espontáneamente a nosotros revela la falta de afectación de estado general. La exploración del sistema nervioso no da nada anormal. El psiquismo es también normal.

La exploración de la cavidad bucal da lo siguiente: Los dientes presentan caries en algunos sujetos. En otros la dentadura es normal, y aunque con grandes diferencias en el cuidado de la misma, en algunos casos se encuentra perfectamente limpia.

Reborde gingival rojo se presenta en muy pocos casos. Por lo general no hay gingivitis.

La faringe se presenta de color normal en los casos de evolución ya larga. Algunos sujetos presentan amígdalas crípticas, pero sin signos de infección aguda. En casi todos los casos de pocos días de duración que hemos tenido ocasión de observar, la faringe aparece roja. Este enrojecimiento en algunos casos se distribuye en manchas de forma irregular y tamaño variable, que contrastan con

zonas intercaladas de mucosa normal. En un caso había intenso edema de úvula. Justamente los casos observados en la fase aguda lo fueron preferentemente por las molestias dependientes de esta faringitis. Las amígdalas aparecen rojas, pero sin un proceso claro de amigdalitis diferenciado. La faringe da la impresión de estar uniformemente inflamada en la zona en contacto con el anillo de Waldeyer.



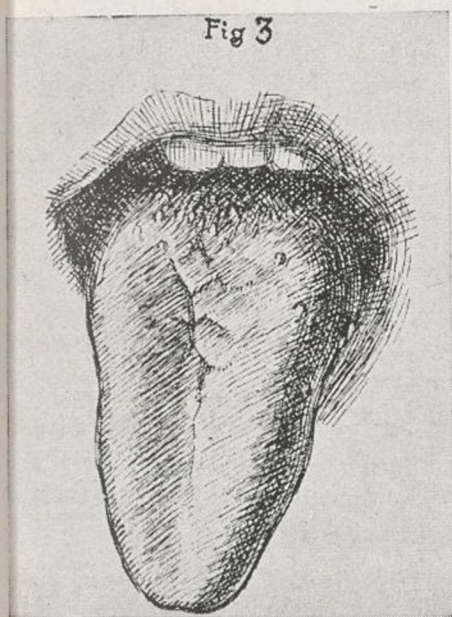
Fig 2

Veamos ahora lo que pasa en la lengua. Al sacarla, en el momento de la exploración, y sobre todo en los casos con evolución prolongada, llama la atención al apreciar zonas de color blanquecino, que desaparecen rápidamente, lo que no se aprecia en la lengua normal, dando la impresión de como si hubiese una irritabilidad vascular acusada con tendencia a la isquemia. En repetidas exploraciones como las hechas, cuando al querer describir detenidamente las lesiones obligamos al enfermo a sacar la lengua varias veces, estas zonas de isquemia aparecen en lugares distintos.

En la fase aguda se aprecia una desaparición en la región del centro y de la punta; no hemos visto nunca que las lesiones se prolonguen mucho más allá de la línea de proyección vertical de la arcada superior dentaria—cuando la lengua está fuera—de la mucosa, que es sustituida por un aspecto de la mucosa liso, adelgazado, brillante y de un color rosa más subido que el de la zona conservada normal. El contraste entre la mucosa sana y la enferma se establece con una evidente solución de continuidad, adoptando las zonas de mucosa enferma aspecto de manchas claramente delimitadas a la manera de mapas geográficos. Aquí y allá, en los casos de pocos días de evolución, apreciáanse elevaciones papilares aún cubiertas

cosa nor-completamente de mucosa. En po-
a intenso cos días estas elevaciones desapa-
nente los recen, quedando uniformemente
fase agu-lisa la superficie de las man-
nente por chas.

s de esta
aparecen
eso claro
o. La fa-
de estar
a en la
anillo de



En dirección, cantidad y pro-
fundidad variables, pero preferen-
temente paralelos al surco central
y con una disposición perpendi-
cular al eje de los bordes, apare-
cen surcos o grietas, cuya mucosa
no se diferencia en nada de las de
las manchas, que acentúan el pa-
recido con un relieve geográfico.
Estas grietas son más frecuentes
en los casos crónicos.

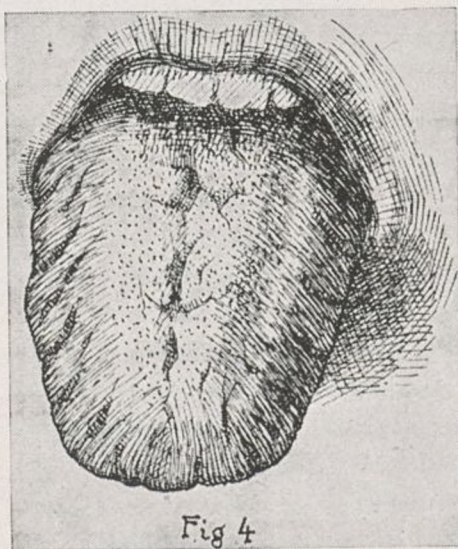
En algunos casos, cuando llevan
varios días de evolución, aparecen
sobre las zonas de desepitelializa-
ción formaciones de color amari-
llo-blanquecino, a manera de man-
chas, que no hacen prominencia
y que a veces aparecen junto a los
surcos ya descritos, sin guardar
relación con ellos. Sobre estas
manchas amarillentas, y sin ocu-
par toda la superficie de las mis-
mas, aparecen cronológicamente
después, aunque a veces con poca
diferencia, úlceras superficiales
primero, más profundas en los
días siguientes, que, como las man-
chas, presentan forma y tamaño
variables ordinariamente pequeño.
(Figuras 1 y 2.)

Estas úlceras son fácilmente di-
ferenciabiles de las de la estomati-
tis afrosa, que nos ha sido dado
observar en un solo caso coinci-
diendo con la enfermedad que nos
ocupa, por lo cual ya desde ahora
podemos decir que la naturaleza de
las úlceras arriba descritas no es
semejante a la de las aftosas.

En los casos crónicos de varios
años de duración la lengua pre-
senta distintos aspectos. Unas ve-
ces aparece completamente lisa

con la mucosa de color rosa subi-
do (fig. 3); otras, preséntanse
multitud de grietas, que le dan un
aspecto característico (fig. 4); la
mucosa presenta también en estos
casos aspecto de desepitelialización.
La posibilidad del aspecto com-
pletamente normal de la lengua,
evidenciando curación completa
del proceso, la hemos visto en dos
casos cuya historia clínica es tí-
pica.

De nuestras observaciones cree-
mos poder deducir sobre la evo-
lución del proceso la siguiente:
Lo primario es la descamación epi-
telial, en cuya fase puede detenerse
el proceso, pues en bastantes
casos es lo único que se aprecia
aun en observaciones repetidas lar-
go tiempo después de la primera.
Probablemente, a consecuencia de
este proceso, que cursa con pér-
dida de epitelio, y quizá a conse-
cuencia de las causas determinan-
tes, defensiva (aunque algunos au-
tores como Notzel no creen en
este papel defensivo de las for-
maciones ligátigas, opinión acep-
tada a partir de Ribbert, Joch-
mann cree que hay hechos suficien-
tes que apoyan la antigua doctri-
na) de las formaciones linfáticas
del anillo de Waldeyer. No ne-
gamos la posibilidad, sin embargo,
de que haya una faringitis simu-
lánea, pero nos inclinamos al pri-
mer punto de vista por varias ra-
zones: limitación de proceso fa-
ríngeo, inexistencia de faringitis
en un caso agudo.



En las zonas previamente afec-
tas por la descamación epitelial
asisten más tarde, no en todos los
casos como decimos antes, las man-
chas de color amarillento, que des-
pués de un tiempo variable, ordi-
nariamente corto, se ulceran; las
lesiones faríngeas no cuentan ya
en este período. Es también dis-

tinto el tiempo de duración de las
úlceras: desde dos días, en un
caso, hasta varios días (quince y
aun más) en otros; en el caso en
que duraron tan poco tiempo eran
tanto las manchas como las úlce-
ras, que sobre ellas aparecieron
muy pequeñas. Desaparecidas las
úlceras, son sustituidas por muco-
sas de igual aspecto al de la afec-
ta, por lo que no puede determi-
narse cuándo ha desaparecido su
localización.

El proceso, ya lo hemos dicho,

El ponente mostró diez enfer-
mos extraordinariamente instruc-
tivos que marcaban todas las fa-
ses de la enfermedad que ha mo-
tivado su estudio. Dejamos para
el próximo número la continua-

Sobre un caso de hemihiperhidrosis facial

El caso que vamos a presentar,
de sudoración de la mitad izquier-
da de la cara, corresponde a un
camarada de treinta años, de
Beas de Segura (Jaén), que des-
de la formación de la Brigada está
con nosotros y ahora se encuen-
tra en el cuarto Batallón.

La madre padece alguna afec-
ción de los nervios que no se ha
podido aclarar y tuvo una neural-
gia del trigémino que le duró un
mes. Ahora está sana, así como
su padre. Es hijo único y siem-
pre ha estado sano.

Hace unos tres meses, sin saber
a qué achacarlo (no hay causas
emotivas ni de enfermedad local
ni general), comenzó a notar que
le sudaba la mitad izquierda de la
cara exclusivamente, sin motivo
aparente de ninguna clase. Suda
a cualquier hora (estos días de
nieve sudaba también, con asom-
bro de sus compañeros, que, di-
rémoslo anecdóticamente, le lla-
man "Sudores"), pero preferente-
mente cuando hace ejercicio. Al
comer dice que ya "es por demás".
Desde este tiempo, tendencia fá-
cil al cansancio, que no tenía antes.

Bien constituido, pícnico, bue-
na coloración de piel y mucosas.
La mitad izquierda de la cara y
cabeza, en la zona que se puede
ver en la figura, aparece bañada
de sudor. La mitad derecha de la
nariz aparece también cubierta de
sudor.

Reflejos pupilares normales a la
luz y acomodación; no hay ani-
socoria. Dice que ha perdido mu-

se detiene a menudo en la fase de
desepitelialización, con aparición o
no de surcos. No sabemos si esta
diferencia en la evolución se debe
a procesos distintos. La semejan-
za del aspecto de la lengua al ini-
ciarse la enfermedad, la coinciden-
cia de los dos procesos de surcos
y úlceras en el mismo enfermo y
en los casos familiares que cono-
cemos, la presentación en unos
miembros de la familia de lengua
lisa y en otros de lengua agrieta-
da, nos hacen creer que no.

ción del trabajo que precede, acom-
pañada de la extensa discusión a
que dió lugar.

El mismo camarada leyó tam-
bién la comunicación siguiente, con
presentación del enfermo a que
se refiere:

cho de vista desde hace dos me-
ses. Movimientos oculares norma-
les; no nistagmus.

Resto de pares craneales normal.

Reflejos tendinosos normales.

No hay reflejos patológicos.

Pulso, 88 al minuto; regular.

La exploración de pulmón, co-
razón y abdomen no da nada
anormal.

Síndromes como el del enfer-
mo son considerados por KROLL
como de carácter vegetativo. LU-
CIE FREY ha denominado a este
cuadro síndrome del nervio au-
rículo temporal, relacionándolo
con heridas o supuración de la
región parotídea. Las ramas de
este nervio que proveen a la iner-
vación sudoral y vascular, son so-
metidas juntamente con los apa-
ratos sensitivos de la mejilla y de
la mucosa a un estímulo perma-
nente por la cicatriz en la paró-
tida, con el consiguiente aumento
de la reflectividad.

Este aumento de la reflectivi-
dad sería aclarado para los casos
en que no se presentan las lesio-
nes descritas por LUCIE FREY,
por la teoría de los procesos refle-
jos dominantes de UCHTOMSKY,
que sirve para aclarar muchos
puntos de la actividad refleja. El
fundamento de esta teoría es el
siguiente: Si por unas u otras cir-
cunstancias una determinada acti-
vidad refleja adquiere gran inten-
sidad, cualquier estímulo que ac-
túe durante el dominio de ese re-
flejo se manifiesta sobre la vía
de éste, aun cuando la zona esti-

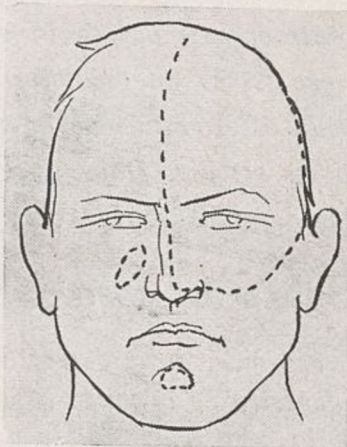
mulada nada tenga que ver con ella. Tienen interés las experiencias en que se basa esta hipótesis: en gatos en épocas de celo, impidiéndoles el coito, el reflejo genital adquiere carácter dominante. En estas circunstancias cualquier estímulo: alimentos, ruidos de utensilios, etc., no provocaba el complejo reflejo de producción corriente de vivo maullido y petición de alimentos—reflejo condicionado—PAVLOW—, sino un refuerzo de flujo. Ni la administración de considerables cantidades de bromo ni el agotamiento más completo hacían desaparecer el fenómeno.

KAPLAN, en el laboratorio de UCHTOMSKI, ha realizado, en ranas, experimentos de provocación de dominantes sensitivas y motoras. Mediante una pincelación con estircnina de raíces posteriores de medula lumbar creaba una dominante sensitiva de la medula de esa región. En estas condiciones, un estímulo cualquiera, en no importa qué región de la piel u órgano sensitivo, condicionaba un reflejo de defensa en el sentido de SHERRINGTON—triple retirada de la pata, suponemos—. Existía, pues, una absorción de todo estímulo por la vía refleja dominante. Cuando se creaba una dominante motora (pincelación con fenol de las raíces anteriores), cualquier estímulo conducía también a un reflejo de la pata intoxicada, si bien el reflejo al roce hecho en la piel de una pata se ejercía sobre la pata misma.

Aun cuando KROLL no lo cita, creemos nosotros que apoya la hipótesis de UCHTOMSKI la experiencia de intoxicación general con la estircnina hecha en la rana. Todos recordamos de Farmacología que la rana inyectada responde con contracción tetaniforme de todos sus músculos a la aplicación de un estímulo cualquiera: luminoso, térmico, auditivo, etcétera. Hay en este caso dominancia de todas las vías reflejas medulares.

Los receptores a distancia de SHERRINGTON—ópticos, acústicos—tiene su referencia refleja sobre todo el organismo. La uniformidad relativa de las reacciones del organismo, los reflejos ocasionados por estímulos de distintas procedencias, pueden atribuirse a la acción de la dominante refleja. Las variaciones en el tono

muscular condicionan reacciones no sólo en el arco reflejo mismo—vía propioceptiva muscular, reflejos de distensión-acortamiento—, sino también en aparatos lejanos. Esta repercusión del reflejo tónico es invocada por KROLL para explicar algunos de los casos estudiados por su discípulo BOGORAD. Este autor describió siete casos semejantes al presentado por nosotros. En tres de ellos, la sudación se presentaba como reflejo de comida. En los otros cuatro, aparecía bajo la influencia de la



temperatura elevada y las excitaciones psíquicas. En un caso bastaba la permanencia en una caja de aire caliente; en otro se presentaba la sudación a consecuencia del trabajo psíquico—lectura y escritura—, que resultaba por ello muy molesto.

WEDENSKI creaba por débiles excitaciones repetidas sobre nervios sensitivos un poco de excitación local. La respuesta en su territorio reflejo de estímulos efectuados en otra región era por él considerada como un reflejo patológico que designa histeriosis.

Mencionaremos de paso el reflejo patológico, semejante al descrito, designado por BOGORAD como síndrome de las lágrimas de cocodrilo. En una joven, después de una parálisis facial bien curada, se presentaba lagrimeo, precisamente en el lado de la parálisis facial anteriormente aparecida, durante la comida y la bebida. También podría explicarse este hecho por un proceso dominante reflejo en una rama del facial inervadora de las glándulas lagrimales. El síndrome toma el nombre por la semejanza con las lágrimas que vierte el cocodrilo al devorar su presa.

De nuestra propia experiencia recordamos un amigo nuestro que había padecido el mismo síndrome. Ignoramos si antes había te-

nido algún proceso facial. Lo que sí recordamos es que el muchacho, de personalidad histérica, había tenido en este síndrome una espina de fijación que le originó una fobia. Temía que al sentarse a la mesa del colegio—internado en que se hallaba siendo muchacho en Filipinas—los comensales próximos creyeran que lloraba de pena, siendo así que efectivamente él soportaba mal y disimulaba difícilmente el disgusto por la vida de internado con la consiguiente separación familiar. Esta fobia le hacía quedarse sin comer muchos días.

SIMONS describe un caso de micción con lagrimeo en una enferma de esclerosis múltiple. Conocido es el hecho del lagrimeo con la defecación que se presenta en muchos sujetos. Fenómenos que también pueden explicarse por la teoría de UCHTOMSKI.

Volviendo a nuestro caso, se nos plantea el problema del trata-

miento. Nosotros pensamos administrar sedantes del sistema nervioso y luminal, pero agradeceríamos cualquier idea al respecto por no estar muy convencidos a priori de la eficacia del tratamiento.

Para la publicación de esta nota queríamos haber añadido una fotografía, que habría resultado muy demostrativa, de la zona de sudación por el método de MINOR: embadurnando la cara con un pincel por un líquido compuesto de iodo, aceite de ricino y alcohol, y después de evaporado el alcohol, empolvando la piel con almidón por medio de una borla, de modo que quede regularmente distribuido, se hace sudar al enfermo. Al comenzar la sudación y humedecerse el almidón se origina una coloración negra en las partes en que se presenta la sudación (formación de yoduro de almidón). Esperamos que en el número próximo pueda aparecer la fotografía.

A consecuencia de un acuerdo de la pasada reunión el camarada

ALCEGA, médico del 90 Batallón, comunicó:

Memoria-resumen de la enfermería habida durante nueve meses en el Puesto de Socorro de un Batallón

Es costumbre llenar todas las revistas de Sanidad de gráficas con estadísticas de las bajas por bala o metralla, pero pocas veces estas gráficas se refieren a las altas y bajas existentes en la enfermería del Puesto de Socorro de un Batallón; si aquéllas tienen una importancia capital por sus consecuencias lógicas y que interesan a un Estado Mayor para estudiar el probable número de bajas en una batalla o en un combate, no es menos cierto que las últimas tienen por sí un valor positivo y más real, puesto que se trata de la salud de los hombres que componen una Brigada o un Batallón, etc., etc.; salud que ha de rendir un trabajo positivo y efectivo durante un tiempo más o menos largo en un puesto de primera línea, ojo avizor frente al enemigo, siempre dispuesto a rechazar una sorpresa o un ataque. Pero no solamente es el factor salud individual, sino que es la reunión de

éstas formando la colectividad lo que se ha de tener en cuenta, evitando continuas bajas por enfermedad, que de este modo, con la consiguiente disminución del número de individuos en línea crearía con ello un punto de debilidad en la misma. Teniendo en cuenta estas dos consecuencias que la realidad nos marca, escribo el presente artículo, que si no está exento de faltas, lo está lleno de buena voluntad; tratando de señalar una realidad dejada un poco en olvido y haciendo constar que los médicos de Batallón, vanguardia de la Sanidad profesional, son los que con su voluntad y cumplimiento del deber, allá en un Puesto de Socorro, estudian y defienden las vidas, no sólo de quienes guardan en vanguardia, sino la vida civil de las poblaciones de retaguardia, evitando propagaciones de posibles epidemias con la aglomeración y taponamiento en los hospitales por acúmulo de enfermos,

mos admi-
stema ner-
gradecería-
l respecto
vencidos a
del trata-

esta nota
una fo-
ltado muy
a de suda-
MINOR:
on un pin-
puesto de
alcohol, y
el alcohol,
almidón
de modo
distribuí-
fermo. Al
humede-
na una co-
partes en
ción (for-
almidón).
mero pró-
la foto-

90 Bata-

abida
Soco-

tividad lo
uenta, evi-
bor enfer-
do, con la
del nú-
línea crea-
de debili-
niendo en
secuencias
erca, escri-
que si no
está lle-
tratando
dejada
haciendo
s de Ba-
Sanidad
e con su
o del de-
de Soco-
en las vi-
guardan
vida civil
retaguar-
es de po-
aglomera-
los hos-
enfermos,

conservando y velando por la sa-
lud de sus combatientes y del nú-
mero de los mismos, es decir, de
la fuerza de resistencia de una
Unidad en un frente, en un acan-
tonamiento o en un campamento.

Tampoco quiero con este artícu-
lo exponer una opinión tomándola
como incontrovertible y de ideas
generales, como sucedía en Aca-
demias de otros tiempos, con pa-
sos de minué y visos de opereta.
En el presente artículo expongo,
o trato de exponer, sucintamente,
el balance, la memoria, el resu-
men, llamémosle como queramos,
de la enfermería de un Batallón
durante nueve meses, y de éstos,
siete en vida de trinchera; debo
advertir, por conceptuarlo muy in-
teressante, el brote de paludismo
que hubo con sensibles bajas en
distintos Batallones. Y me es gra-
to recordar a este efecto las ini-
ciativas y trabajos realizados para
combatirlos por el doctor Sancho
Pascual.

Como fiel reflejo de la enfer-
mería en este Batallón, durante
las distintas estaciones de los ex-
presados nueve meses, hay que te-
ner presente el lugar, el clima, la
clase de alimentación, muchas ve-
ces de "motu proprio" adquiri-
da, el agua y su composición, los
estados físico y psíquico de la
fuerza (es decir, agotada o no
por anteriores acciones de gue-
rra), la edad de los individuos, etc.
Todas estas razones son muy cier-
tas y, como digo antes, dignas de
tener en cuenta, las que harán va-
riar el tanto por ciento de las
enfermedades, en relación con su
dimensión (refiriéndome a núme-
ro), como gravedad (refiriéndome
a pronóstico patológico), por idénti-
cos motivos variarán las espe-
cies morbosas ocasionales. Que-
dando todo bien sentado, este tra-
bajo-memoria bien podría llenar
uno de los huecos dentro de la
estadística médica en la Sanidad
militar, juntamente con datos ex-
puestos por otros Batallones, no
menos dignos que éste, y con todo
ello llegar a conclusiones que si
no pueden tomarse como idea di-
rectriz, tal vez nos condujeran a
llevar a la práctica proyectos o
mejoras que redundarán en pro-
vecho para todos aquellos que su
salud y confianza la ponen en
nuestros conocimientos profesiona-
les; con ello nuestra capacitación
pondría un "mentis" a quienes sólo
conciben "lo bueno" salido de

"aulas" exprofeso, y una gala
más para los que tenemos el or-
gullo de formar entre las filas
del Ejército Popular.

La enfermería en un Puesto de
Socorro de Batallón, según expe-
riencia propia, gravita principal-
mente en un cierto número de en-
fermedades o síntomas y síndromes
que yo admito como generales pa-
ra este artículo; todos aquellos
síntomas de una enfermedad to-
mada "como rara" (permítaseme
la palabra) dentro del área en
que nos desenvolvemos, puesto que
nos encontramos ante naturale-
zas reconocidas previamente en su
fisiologismo y constitución orgá-
nica, si por casualidad se mani-
fiesta una de éstas, inmediatamente
evacuamos y perdemos desde
el primer momento el desarrollo
sintomatológico de esta enferme-
dad; igualmente me deslizo de
otras enfermedades o síntomas "si-
mulados", y aunque el presente
artículo no trata de ello, no quie-
ro dejar de señalarlas. "La simu-
lación" es una enfermedad que
durante el tiempo de paz se des-
arrolla en cerebros egoístas para
beneficio propio, y en tiempos de
guerra para perjuicio de los de-
más, no admitiéndose en este caso
lo anterior; esta enfermedad, que
en una época como en otra se
desarrolla, pero mucho más en la
última, es tan grave o tan benig-
na, según el procedimiento de
diagnóstico o tratamiento emplea-
do para descubrirla o curarla; de
esto también sabemos un mucho
los médicos de Batallón, y tenien-
dola presente como "morbo" muy
peligroso, como digo antes, que-
da descartada de esta estadística,
aunque se haya infiltrado entre
alguno de los casos que enumere.

Otra salvedad debo hacer cons-
tar: las cifras que a continuación
se expresan se refieren exclusiva-
mente a medicina, lo que es lo
mismo, a patología médica, de-
jando para otra ocasión todas
aquellas asistencias que se refie-
ren a lesionados, heridos de toda
índole, con referencia a cirugía
menor.

Bien pudiera señalarse la falta
de especificación en las enferme-
dades incluídas bajo un común de-
nominador, pero advierto, como ya
dije antes, que toda la patología
médica en un Puesto de Socorro
gira alrededor del siguiente cua-
dro y grupos:

1.º	Enfermedades de pecho y co- razón.....
2.º	Aparato digestivo.....
3.º	Vista.....
4.º	Reumatismo.....
5.º	Riñón y vejiga.....
6.º	Nervioso.....
7.º	Agotamiento.....
8.º	Piel.....
9.º	Odontología.....
10.	Sistema circulatorio.....
11.	Garganta.....
12.	Oído.....
13.	Nariz.....
14.	Venéreo.....

He aquí el porcentaje de enfer-
mos de cada uno de los grupos
referido al cuadro anterior:

Gru- pos	ENFERMEDADES	Canti- dad glo- bal %
1.º	Pecho.....	20
2.º	Aparato digestivo..	21,50
3.º	Vista.....	15
4.º	Reumatismo.....	10,25
5.º	Riñón y vejiga....	1,50
6.º	Nervioso.....	0,50
7.º	Por agotamiento...	1,50
8.º	De la piel.....	12
9.º	Odontología.....	4,50
10	Sistema circulatorio	0,25
11	Garganta.....	2,25
12	Oído.....	9
13	Nariz.....	0,25
14	Venéreo.....	1,50

Este cuadro, que yo admito co-
mo general, es el que tomo como
base para esta memoria. Se pre-
sentan dentro de los mismos sín-
dromes y enfermedades propias
dignas de considerar por separa-
do, pero no es en el Puesto de
Socorro donde puede hacerse su
estudio y separación; por tanto,
es obligado (para mí) sustentar
la base sobre el precedente cua-
dro; partiendo de cifras globales
de enfermería, durante nueve me-
ses, y el tanto por ciento de esa
cifra, con relación a los distintos
grupos de enfermedades, llegar al
estadillo más sencillo, equivalente
mensual de cada una de ellas, y
poder hacer el estudio compara-
tivo entre las mismas, señalando
todo esto en los cuadros y la
gráfica.

Examinando el cuadro segundo,
vemos primeramente los grupos
primero y segundo que con sus
oscilaciones hacen variar la cur-
va de la gráfica en forma clara
y ostensible. Partiendo de la base
principal, movimiento de enfer-
mería durante nueve meses, arro-
ja un total de enfermos cuya pa-
tología, correspondiente a los di-

Bronquios, pulmón y pleura, etc.
Boca, estómago, intestino, hígado.
Globo ocular y párpados, etc.
Verdaderas mialgias, neuralgias.
Cistitis, nefritis, síntoma edema.
Histerismo, epilepsia, etc.
Desnutrición, surmenage, etc.
Forúnculos, sarna, prurigo, etc.
Caries, etc.
Varices, hemorroides.
Anginas, laringitis, etc.
Zumbido, otorrea, otalgias, etc.
Coriza, etc.
Blenorragia, chancros, etc.

ferentes meses, consta en el cua-
dro de la página siguiente.

Llevando estas cifras a una lí-
nea de ordenadas, uniendo los pun-
tos correspondientes a los grupos
primero y segundo, nos dará la
figura, aunque irregular, de dos
rombos unidos por sus ángulos la-
terales (véase el gráfico).

Es decir, que el punto de máxi-
mo ascenso en las enfermedades
de pecho coincide con el punto
de máximo descenso en las en-
fermedades gastrointestinales; es-
tos puntos quedan sujetos a las
variaciones climatológicas, según
las estaciones anuales. Me refie-
ro primeramente a estos dos gru-
pos porque, como indicaba antes,
por sí solos hacen variar en uno
o en otro sentido la curva ge-
neral de enfermería, como se ve
por la relación siguiente: Abril,
1,0; mayo, 1,9; junio, 2,0; julio,
2,2; agosto, 3,0; septiembre, 3,0;
octubre, 2,4; noviembre, 2,5; di-
ciembre, 2,5.

Indudablemente, la estación in-
fluye en ambos factores, princi-
palmente, siendo el otoño y el in-
vierno las propicias para las en-
fermedades del pecho, por sus va-
riaciones y sus bajas temperatu-
ras, que, provocando una dismi-
nución de las defensas orgánicas,
es aprovechada por los gérmenes
que saprofiticamente viven en el
aparato respiratorio, y otros trans-
mitidos de persona a persona, por
la forma de convivencia entre los
soldados; por ejemplo, refiriendo-
me a una sola de ellas y tomán-
dola como síntoma general, la
"tos", ésta, que es contagiosa por
simpatía, lo es mucho más en
forma patológica, es decir, por
transmisión mediata de bacilos
del individuo enfermo al sano, a
través del aire (polvo) o lanza-
mientos de partículas salivales. He
podido comprobar que de todos los

estados catarrales, muy pocos eran bronquiales característicos, y en cambio sí vulgares (aunque no exentos de peligro), laringitis y catarras venales de vías altas. Otra causa predisponente de estas enfermedades, en el caso que nos ocupa son las variaciones bruscas de temperatura a que los individuos se someten al salir de las chabolas, ingeniosamente caldeadas, al puesto o parapeto, en la intemperie. Las enfermedades gastrointestinales obedecen a varias causas; aunque tampoco he de des-

minución en verano; el aumento que se aprecia en el cuadro primero y que corresponde al mes de julio, quiero explicarlo por la costumbre de dormir fuera de los refugios durante la noche, exponiéndose a las traidoras consecuencias de la halagadora temperatura.

En el grupo quinto marca una marcha ascendente y estacionaria, siguiendo las variaciones del grupo segundo.

En el grupo sexto, lo estimo idéntico al anterior, aunque en

fermería, varía sin apreciaciones importantes, conceptuando la enfermedad como crónica o sintomática.

El grupo décimoprimer, su ascenso continuo, sigue un ritmo paralelo al grupo primero; como es natural, de éste no puede desligarse, puesto que es el comienzo de las vías respiratorias y receptáculo donde se cobijan gérmenes que, por su propagación o simbiosis, producen procesos agudos de bronquios, pulmón, etc.

El grupo décimosegundo sigue

gonocócica, así como también aumenta con la reincorporación después de los permisos.

No he querido extenderme más sobre la consideración y explicación de los grupos en particular, puesto que, como al principio hice constar, no trato en este trabajo más que de indicar en forma resumida el movimiento de la enfermería del Puesto de Socorro de un Batallón, sin pretender marcar ni sentar una escuela; por el contrario, es una opinión que, en unión de otras, nos conduzca al mejoramiento del factor "salud y fortaleza" de nuestras Unidades.

Para mayor comprensión, acompaño el cuadro número 3, cuyas cifras son las equivalentes a los totales referidos al tanto por ciento.

El cuadro número 2 representa las variaciones de la cantidad total por enfermedades.

Como consecuencia de todo lo expuesto, y siendo lógico, se puede afirmar, tomando como factor soldado, que las enfermedades crónicas en sí no tienen importancia con relación a la disminución por bajas en el número de soldados, pero sí en las agudas, por muy leves y aun sin consecuencias interiores; pero inmediatamente, e "in situ", la importancia es muy grande, y si, como deduzco, éstos son mayores durante las épocas de fin de primavera, verano y parte de otoño, con el aumento consiguiente de enfermería y las hospitalizaciones que lleva consigo este aumento, comprendemos cómo una línea queda de-

POR CIENTO

ENFERMEDADES	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Novbre.	Dicbre.
1.º Pech	0,90	1,02	1,40	3,98	2,05	0,50	2,80	1,85	5,50
2.º Aparato digestivo.....	0,39	0,97	0,93	3,32	4,13	5,09	3,32	2,80	0,55
3.º Vista	0,80	1,30	2,18	2,95	2,65	2,16	1,00	1,44	0,52
4.º Reumatismo.....	0,64	0,68	1,41	3,04	0,90	0,85	0,41	1,42	0,90
5.º Riñón.....	0,05	0,16	0,41	0,20	0,31	0,37			
6.º Nervios	0,10			0,36	0,04				
7.º Agotamiento	0,06	0,10	0,18	0,50	0,10	0,20			0,06
8.º Piel	0,60	1,36	2,02	1,76	1,38	1,80	0,73	1,06	1,29
9.º Odontología	0,12	0,17	0,12	0,58	0,58	0,75	0,90	0,64	0,64
10. Sistema circulatorio.	0,03			0,10	0,12				
11. Garganta	0,10	0,30	0,15	0,25	0,11	0,25	0,34	0,50	
12. Oído.....	0,27	2,18	1,56	0,94	0,94	2,16	0,14	0,54	0,27
13. Nariz.....			0,68				0,17		
14. Venéreo		0,32	0,08	0,16	0,28	0,32	0,19	0,11	0,04

echar el medio ambiente, las verdaderas causas son la comida y la bebida. Ya en un artículo que publiqué en el periódico de la Brigada indiqué la conveniencia de saber comer y beber. Estas afirmaciones encierran en sí la forma de evitar muchos de los trastornos que si localmente provocan síntomas, alguno de ellos graves, en el estado general producen un agotamiento y decaimiento, que pone en grado de inferioridad, con relación a otras épocas del año, aquellas fuerzas que quedan sujetas a estas enfermedades. Y comparando cifras, vemos en esta época del año (verano) que la enfermería es mayor por la marcha ascendente del grupo segundo, que durante cuatro meses se mantiene en un nivel alto y casi idéntico.

En el grupo tercero, las oscilaciones numéricas varían poco, y estimo que el aumento progresivo desde la primavera hasta el otoño es producido por conjuntivitis diplobacilares, efectos de sol, polvo, etc.

En el grupo cuarto estas variaciones son menores, habiendo dis-

éste debo advertir la comprobación de dos epilépticos verdaderos.

El grupo séptimo sigue, como los anteriores, el ritmo estacional, y aumenta por tanto al aumentar la temperatura del medio ambiente, debiendo considerar este grupo muy unido con el grupo segundo por la laxitud orgánica que estas enfermedades producen.

El grupo octavo, en sus variaciones, estimo no se sujeta visiblemente a lo exterior, siendo la causa de aumento o disminución el factor higiene colectiva o individual; si bien la sarna, especificando, ocupa un lugar preponderante, quiero llamar la atención por los casos observados, de las infecciones estafilocócicas simples y combinadas y que ocupan la casi totalidad de la enfermería del mes de julio, no pretendo explicar sus causas, y sí señalarlo, y que igual que los anteriores su punto principal de ascenso es en verano.

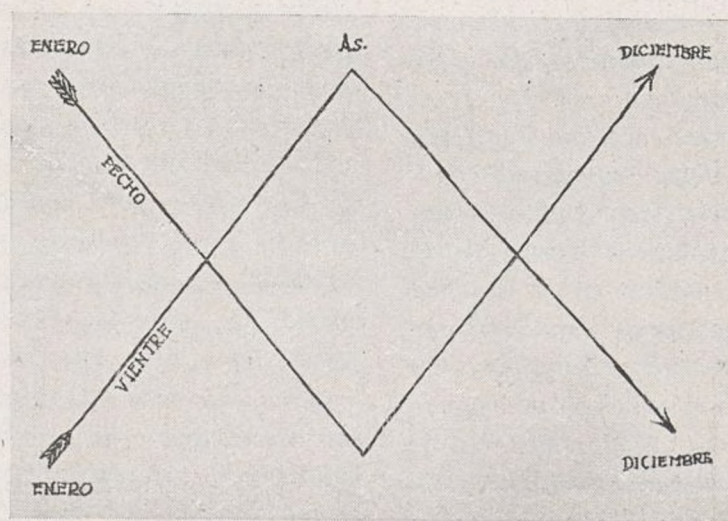
El grupo noveno marca una curva ascendente hasta el mes de octubre, sin hallar causa justificada, si no es por agudización.

El grupo décimo, aunque admitiéndolo como general en la en-

una curva ondulante algo caprichosa y no justificada, puesto que no sigue a su vecino del grupo anterior, por relación y afinidad orgánica.

El grupo décimotercero, como el anterior.

Del grupo décimocuarto debo decir que no está influido, como



sus anteriores, por causas inmediatas al género de vida, y, en cambio, en éste tenemos que buscar las causas más allá del frente o de los compañeros, según se encuentren éstos más cerca o más lejos de las fuentes de infección

bilitada en su resistencia, pero también en su empuje, es decir, en la iniciativa y en el ataque.

No quiero terminar este trabajo de estadística sin señalar, aunque sea de muy ligero, un factor preponderante en la actualidad, y

Artículos de nuestros periódicos murales

Sobre las funciones de nuestra Escuela de Sanidad



Camaradas: Tanto vosotros como yo, que llevamos tanto tiempo de lucha, nos hemos dado perfecta cuenta de la fuerza que ha tomado nuestra Sanidad. A mí, que durante quince meses pertenezco a Sanidad, nunca me habían dicho lo más mínimo respecto a la labor que estaba desempeñando hasta hace tres meses que llegue a nuestra Escuela, donde aprendí todo lo que es necesario para ser un buen sanitario, porque teníamos antes de forjarse nuestra Escuela mucho entusiasmo, pero nada más, porque todo lo ignorábamos: curábamos a un herido y no sabíamos si lo hacíamos bien o le perjudicábamos.

Muchos de nuestros mismos compañeros no han tenido la probabilidad de pasar por nuestra Escuela; nos tenemos que preocupar nosotros de enseñarles todo lo que nosotros hemos aprendido; pero para esto es preciso que todos pongamos de nuestra parte lo que podamos.

Supongo que todos os habéis dado cuenta de la labor que está desarrollando nuestra Escuela. Antes de forjarse llegaban a una unidad y no se encontraba de nada: no había letrinas, no exis-

tían Puestos de Socorro, no aparecía bolsa ni de nada, ni hasta inclusive camilleros aparecían, porque ninguno sabía cuál era su deber.

Sin embargo, desde que se fundó nuestra Escuela ha ido creciendo más y más hasta que ha creado una buena Sanidad.

Pero no nos debemos conformar con saber todas estas funciones; no porque hayamos aprendido a ser buenos sanitarios tenemos bastante; debemos saber mucho más: un buen antifascista nunca puede estar conforme con lo que sabe, debe aprender mucho más.

Pero para esto es preciso que nuestra Escuela siga adelante. Si hasta aquí ha sido capacitar sanitarios, queremos que dé un paso más adelante y pueda ser para capacitar unos buenos practicantes y entonces fortaleceremos más y más nuestra Sanidad.

Hay que tener en cuenta que cuanto más aprendamos y más nos capacitemos antes será nuestro triunfo ante el fascismo invasor.

Salud.

R. DEL MORAL
Sanitario.

predisponente de un sin número de enfermedades, unas conocidas y otras no, y que se llaman "avitaminosis". Tomándola en consideración, creo que muchos de los síntomas banales que apreciamos en los Puestos de Socorro, y que se repiten con inusitada frecuencia, son debidos a "carencia de los distintos factores vitamínicos", aunque la naturaleza y el sol nos brinden, con sus naturales manjares y sus rayos, respectivamen-

te, todo aquello que por imperio de las circunstancias no podemos tener; consecuencia de este factor bienhechor es la conclusión y la explicación de cómo tanta salud entre tanta calamidad!, contrasentido, pero realidad firme e indiscutible en el terreno médico.

Dos palabras para testimoniar mi agradecimiento a la eficaz colaboración en un todo al sargento auxiliar circunstancial de este botiquín, Vicente Pérez Sangrú.

Sobre el mismo tema el camarada NÚÑEZ, médico del Batallón 69, adelantó el esquema de una comunicación extensa que se acordó trajese a la reunión próxima.

Asimismo, el camarada MAS

quedó en traer un trabajo similar sobre los Batallones de toda su Brigada.

El camarada médico de la Agrupación de Artillería de la División, informó sobre el estado de sanidad de su Unidad.

En el campo de batalla muchos heridos se encuentran.

El sanitario, al primero, le hace la cura y lo venda.

En los Puestos de Socorro que hay en cada Batallón van los heridos en grupos buscando su curación.

Los sanitarios del mismo, al primero que ha llegado, al médico lo presentan y él le presta sus cuidados.

Esto es un grave defecto, pues no se debe olvidar que es al herido más grave al que antes hay que curar.

En esto sólo consiste el principio del triage.

Medio de ayuda al herido sin duda el más importante.

Por lo tanto, el sanitario de Compañía curará primero siempre al más grave, al que luego evacuará.

De este modo hace triage, lo hace también el doctor que en el Puesto de Socorro hay en cada Batallón.

Al más grave, a simple vista, elige y primero trata, y también al que primero en la ambulancia se evacua.

Lo mismo se hace en los Puestos que hay de Clasificación, procurando hacer de graves la rápida evacuación.

Que esperen allí diez levas no es infrecuente observar por llevar rápidamente uno grave al hospital.

Y en el hospital un médico de sólida competencia, va ordenando los heridos según su grado de urgencia. ¿Qué es, por lo tanto, el triage? Es la clasificación que se hace de los heridos atendiendo a su lesión, y desde el punto de vista de la urgencia requerida que según la gravedad le corresponda a la herida. Si el triage ha de ser justo se ha de tener buen criterio; sirvan para demostrarlo estos dos solos ejemplos. A toda fractura abierta grave considerará, pero ante una de vientre esta última lo es más. Una herida de cabeza con pérdida de sustancia, debe atenderse después que una con gran hemorragia. A todos los sanitarios puede servir de guión, para el orden de la urgencia, la siguiente relación: Amputaciones traumáticas, hemorragias importantes; segundo, heridas de vientre y de pecho penetrantes. Las heridas con destrozos enormes de los tejidos, y que ponen en peligro a la vida del herido. Luego fracturas abiertas, las heridas de cabeza, y por fin el tratamiento de las heridas que restan.

SAAVEDRA

ESCUELA DE SANIDAD

En la Escuela de Sanidad hace ya algunos días que están suspendidas sus actividades de capacitación. Han surgido otras obligaciones y ha habido necesidad de abandonar unos días aquellos trabajos.

Escuela de Sanidad, comprendo que tus lecciones son siempre provechosas, pero hoy ya tienes

dos compañeras más. Dos Escuelas nacidas de tu propio calor, que te pueden sustituir y crear esos tipos perfectos de sanitarios que con tanto entusiasmo creaste tú. Son muchos los sanitarios que se forjaron en tu Escuela y que se acordarán de ti siempre, porque tú los educaste dándoles conocimientos y facilidades. Y hoy,

guiada de tu entusiasmo, quieres dar un nuevo impulso de progreso en tu labor para crear nuevos cuadros de sanitarios con conocimientos más elevados para que los camaradas que quieran estudiar, que ahora son sanitarios, sean en un corto plazo practicantes, y luego, ¿por qué no?, médicos.

Quizá algún día marchen los fundadores de la Escuela de Sanidad a otros puntos que les destine las exigencias de la guerra. Entonces llevarán el grato recuerdo de esta Escuela, en la que tanto cariño pusieron, y llevarán el agradecimiento de más de 150 sanitarios que pasaron por sus cursillos y saben ya apreciar cuál es el valor de la obra de capacitación realizada por la Escuela de Sanidad.

Los servicios del Puesto Grozeff siguen su curso como de costumbre. Siempre hay trabajo. Cuando se tiene un momento de descanso se dedica a la construcción de refugios, de duchas, etcétera. Precisamente está recién acabado el trabajo de instalación de duchas. Es magnífico. Contra el frío, y por la higiene, tenemos nuestra ducha de agua caliente.

Nosotros, los sanitarios cursillistas, prometemos a los fundadores de la Escuela que si algún día ellos marchan, nosotros, discípulos suyos, quedamos aquí para seguir propagando, en nuestro esfuerzo grande, su magnífica obra de capacitación. Así debe ser todo lo que compone nuestro Ejército Popular.

ABDON TOLEDANO

Lo que es el fascismo

En Italia el fascismo es deportación a las islas de Lípári, supresión de la libertad de pensamiento, prisión de los hombres de temperamento liberal, sueldos a gusto de los capitalistas que dirigen la dictadura de Mussolini, falta de trabajo, guerra y calamidades en Abisinia y España, asesinato de pacíficos ciudadanos, sacándoles de sus casas, como a Matteoti, etc., etc.

En Alemania el fascismo es campos de concentración, presidios, hacha del verdugo, castración de la personalidad humana, militarización de la juventud, como en Italia, preparación de la guerra con gases y barbarie, guerra total, cruz svástica, que es un signo prehistórico, y hambre popular, como leemos en los periódicos de todo el mundo. Allí no han quedado intelectuales, hombres de ciencia ni trabajadores libres. Los judíos, como Einstein, Ludwig y otros muchos, han tenido que huir porque allí se persigue a la inteligencia. Esto y mucho más es también el fascismo en Alemania. Nos lo dicen los que huyen de aquel infierno.

En la España invadida el fascismo es asesinato en masa de

guerra a la libertad. Es señorismo aldeano y fanfarria chulesca. Es mucho más, camaradas.

Nos lo dicen también los evadidos que se pasan a nuestro lado.

El fascismo es en todas partes la guerra y, por lo tanto, la muerte.

Los hombres libres tenemos, por imposición de nuestro propio instinto, que defender hasta la muerte nuestra España y nuestra República democrática.

Los españoles dignos tenemos que defender nuestro suelo, porque en esta defensa radica la liberación de la Humanidad entera.

El fascismo tiene que encontrar la muerte en nuestra patria. Lo reclaman sesenta millones de ciudadanos alemanes y cuarenta de italianos.

¡Adelante hasta la victoria!—Onda.

(Publicado en La Ambulancia periódico mural del Grupo de Sanidad de la 17 Brigada Mixta.)

Reformas en nuestro Hospital Quirúrgico

Duchas, cuartos de cultura, clases de enfermos y para analfabetos, han ido cambiando poco a poco la fisonomía moral y material de nuestro Hospital Quirúrgico. Nuevos hechos hay que añadir. Uno de ellos es la inauguración reciente de un periódico mural donde los heridos y el personal escriben y entre todos contribuyen a su elevación cultural,

la acomodación del lugar para un nuevo quirófano, que aumenta considerablemente las probabilidades de nuestro Hospital.

Por otra parte, la disposición especial de los nuevos locales para quirófano y sala, con independencia absoluta, permite la utilización de éstos como asistencia a gaseados, introduciendo una ligera modificación.



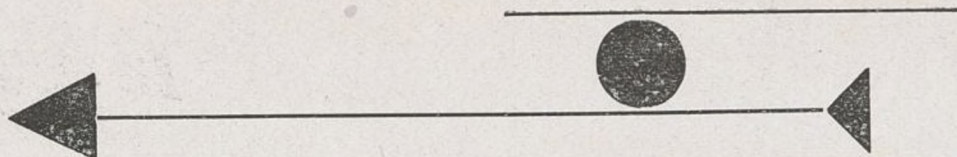
De las operaciones en el frente de Teruel.

El otro se refiere a una modificación importante: La ampliación considerable con una nave y

Y el Hospital Quirúrgico continúa su perfeccionamiento constante...

nuestra

escuela de sanidad



Nuestras Escuelas en un momento de "no trabajo"

No pudimos satisfacer nuestro vivo deseo. Quisimos sorprenderlas in fraganti en la intimidad de su nueva ruta de capacitación. Parecían haberse unido para cubrir su vitalidad ante nuestros ojos, como niño tímido y vergonzoso. Fuimos con el optimismo de encontrar en una y otra un paralelismo de trabajo muy cercano a la línea enérgica e indefinida trazada por nuestra Escuela de Sanidad. Con esa alegría quisimos vivir y compartir por unos momentos el aroma delicioso de dos Escuelas cuyos cimientos se han forjado en la nuestra propia. Pero fuimos inoportunos. En la crítica hora de nuestra presencia no había clase en la primera Escuela que visitamos. Ante nosotros la Escuela apareció desierta. Aun así, dentro de la tristeza que ello nos produjo, nos agradó algo. Había soledad con destellos de una fisonomía que pretendió dejar patente algo de una realidad. El cloro, fosgeno y difosgeno se alineaban altivos y majestuosos allí en la pizarra, con cierto aire de sarcasmo ante nuestras caras no familiares en aquella Escuela. En perfecta formación de firmes, las consignas sanitarias guardaban silencio, clavadas allí en la pared, esperando quizá el barullo de los alumnos.

Como en el cliché de una ra-

diografía, sólo pudimos analizar el armazón de la Escuela. Nos imaginamos de mil maneras la vida que puede envolver ese cuerpo esquelético lleno de vitalidad. Nada en concreto podemos analizar. Pero estamos contentos porque el forjador de esta Escuela fué también uno de los forjadores de la nuestra. Es suficiente garantía para esperar mucho. Hoy su Escuela es pequeña, detalles propios de una improvisación, limpia, parece ser que da buenas señales de vida, pero la fatalidad no nos dejó contemplar de cerca esa vida. Nos resignamos.

Tampoco en la otra Escuela pudimos saciar nuestra ilusión. También llena de soledad a esa hora. Sola con nosotros, que ávidos y curiosos queríamos leer en sus paredes el historial sincero de su vida agitada. Aquí la improvisación no se dejaba ver como detalle. Algo más lujosa que su hermana en acomodación, reflejos también elocuentes de una vitalidad. Algo nos consoló. Pero teníamos rabia porque, igual que en la otra, no pudimos descifrar los grados de caloría que tenía su ambiente y su vida.

En concreto, nada conseguimos. Hemos conocido su forma, pero no su vida. Si la fatalidad no quiso complacernos entonces, es mejor esperar. Y nosotros es-

peramos. Ella misma vendrá a nosotros a ofrecernos de una manera sincera lo que aquel día nos negó. Esperamos con ansia. En nuestro interior, aunque no podemos juzgar con bases positivas a ninguna de ellas, hay veces que pensamos en "aquella" determinada, y tenemos momentos que nuestra imaginación se distrae más con la "otra". Lo único cierto que tenemos ante nosotros son dos interrogantes que encierran en silencio una labor. Su análisis lo veremos de una manera elocuente

en breve plazo. Mientras tanto, pensemos que tenemos un recuerdo algo grato de nuestra visita.

¿Cuál será más eficaz? ¿...? Nuestra Escuela de Sanidad, como buena madre, no tiene preferencia de cariño por ninguna. Quiere a las dos igual y de las dos espera lo mismo. Pero todos los hijos no son iguales. Con igual alimentación de trabajo, veremos en esta Escuela de Sanidad cuál de las dos hijas sale más fuerte y más laboriosa. Es el mejor orgullo que podemos tener.

J. P.

EL SEGUNDO MES DEL CONCURSO

Ha transcurrido un mes desde la entrega de los premios como resultado del concurso entre los sanitarios de Compañía. Dijimos entonces, y se ha repetido muchas veces, que el concurso continuaba. No sólo por el estímulo moral constante de un ansia de superación, sino porque quedaba un factor material--el banderín--que pasaría de mano en mano, de Compañía en Compañía, cada mes, hasta que cualquiera lo hubiera merecido durante tres meses.

Y ha terminado el segundo mes. Al final de nuestro concurso, cuando la entrega de los premios, hicimos constar las dificultades grandes que habíamos tenido para decidir la entrega del banderín. Sobre todo entre dos Compañías la resolución era difícil, y al final, con todo género de dudas, incluso no muy seguros de la justeza de la decisión, se acordó otorgar el banderín a la primera Compañía del 90 Batallón que dirige el

camarada Victoriano Hernández.

Y Victoriano Hernández nos habló al final de la entrega de los premios. Y nos dijo a todos que sentía recibir aquel premio con aquellas dudas y que requería que en el futuro la decisión estuviera plenamente justificada. Y lo está. Y ahora al terminar el segundo mes el camarada Victoriano Hernández ha cumplido su palabra y el banderín continúa en la primera Compañía del 90 Batallón, que ahora sí lo podemos afirmar sin dudas, es la mejor Compañía en el aspecto sanitario de nuestra División.

Y esperemos el tercer mes. Esperemos también que esto sirva de estímulo a los demás sanitarios, a las demás Compañías. Que no se duerman con los primeros resultados obtenidos, y que el estímulo constante de la superación mantenga en todos la llama de un concurso impecadero.

Tres cuadros de la humanidad

(La piedra de la locura)

Los Países Bajos. Siglo XV. Jerónimo Van Haken es un pintor cristiano, enamorado de su patria y de su arte. Religión, costumbres y técnica hay en sus tablas. Así le valoran sus contemporáneos. Pero él se sabe técnico y costumbrista: sólo en último lugar religioso. No es un descreído. El colabora con su dinero y con su arte en las obras de la Santa Basílica y asiste puntualmente al oficio divino. Pero también va a los mercados, visita las afueras de la ciudad y se relaciona con la gente de su país.

en su cotidiano; y mientras las pinta bebe con ansia la caricia suave de los colores.

La escena se le ha ofrecido un día cualquiera, en sus correrías. El la pinta. Por todo su país andan los curanderos: tienen mucha fama, pues el pueblo no tiene fe en los médicos. Estos no saben sacar la piedra de la locura, que los curanderos extirpan con tanta facilidad. Sus compatriotas se convencen cuando ven la temible piedra en las manos del charlatán, de que con ella se ha ido todo el mal. Son devotos de los objetos tan-

También Van Hemessen es flamenco. Desde la cumbre dorada del siglo XVI él conoce y admira el primitivismo del Bosco, y tras su sonrisa de pintor técnicamente avanzado, se siente invadido de un profundo respeto por el pintor que pinta piedras de locura.

El también las pinta... En sus diarios paseos por la ciudad ha contemplado la escena muchas veces. También la ha visto en la pintura clásica. Y en el alma de su raza, junto al pan dorado y caliente, junto a las necesidades naturales, junto al desvío por la metafísica.

Compadece un poco al Bosco,

plazas de las ciudades y ha resistido un siglo más.

Jan Van Hemessen sabe más que el Bosco. Puede resolver actitudes difíciles. Sabe ya de los escorzos de manos crispadas, de la soltura en las actitudes, de una mayor autenticidad en las calidades. Su cuadro es una rica flor del Renacimiento.

Utilizando los nuevos conocimientos, con su bagaje técnico complejo, Van Hemessen pinta la escena de siempre: La extirpación de la piedra de locura.

Y en el siglo XVII, cuando la decadencia de la Europa feudal se une con el esplendor de la pintura, Teniers, el gran flamenco, pinta a su vez la misma escena. Un siglo más. La técnica pictórica está ya muy lejos de la del siglo XV, muy lejos del primitivismo del Bosco. Por esa época Velázquez triunfa en España con su nueva manera abreviada. Teniers conoce personalmente a su compatriota Teer Boch, a quien envidia secretamente por la soltura y facilidad con que reproduce los brillos sedosos de un vestido. También conoce a Veermer, cuyo prodigioso arte de interiores le pasma. La pintura está entonces alcanzando en la historia su cúspide máxima. Apenas hay problema óptico que se resista a la paleta de un talento.

El mismo Teniers pinta así. Por un adentramiento progresivo en la naturaleza, él cambia el hieratismo minucioso del Bosco, la rebuscada y aparatosa composición de Hemessen, en un realismo natural y difícil. Sus figuras respiran verdaderamente el ambiente que las circunda y accionan con todo verismo. Sus escenas son reales, con una luz real. Y en una de ellas vemos de nuevo al curandero. Los tiempos cambiaron y con ellos la actitud intelectual ante la vida. La pintura avanzó.

Pero cuando Teniers pinta su cuadro, el mito de la piedra de la locura, relegado ahora a una sórdida habitación, sigue aún viviendo en Flandes.

Alrededor de un mito humano, seres humanos de diversas épo-



Jan Van Hemessen.

Sobre todo, él pinta siempre. Adanes y Evas, bichos raros; pero nunca gosa más que cuando arranca a la realidad sus motivos fugaces y plasma sobre el estuco las calidades y actitudes de una escena sencilla. Como esta operación quirúrgica, por ejemplo. En las entrañas de su colectividad él ha visto muchas veces escenas parecidas. Le placen intensamente las expresiones que los hombres ponen

gibles. Y cuando los tienen delante se ve en sus miradas un éxtasis luminoso. Son contemplativos del jarro de vino, del pan dorado y de las piedras de locura.

El mismo éxtasis luminoso en los ojos de Van Haken el Bosco, cuando al pintar, abraza con su vista los objetos. Así pinta un mito aún joven, una original escena en las afueras de la ciudad.

pues le supone inclinado a creer en la piedra. El está convencido de que la piedra de la locura es una mentira. Desde su siglo--¿No es acaso su siglo la atalaya perfecta de la vida?--él lo comprende todo con su sonrisa escéptica, esa misma sonrisa del curandero de su cuadro. Y pinta, consciente del engaño, esa mentira social de su tiempo; esa mentira que, del Bosco a él, ha conquistado las



Jerónimo Van Haken "el Bosco".

biente de los cuadros como una fauna lógica. De ese ambiente secular que, siendo distinto y cada vez más perfecto en su construcción económica—como lo son los tres cuadros técnicamente—, se caracteriza, no obstante, por una coincidencia tan grande como las diferencias: la economía social injusta e inhumana. También una coincidencia en los cuadros: el tema.

Tres cuadros de la humanidad. Tres microcosmos que reflejan tres épocas. En ellos vemos a la humanidad en su larga canción de fracaso. Tras el ropaje que temporalmente cambia; en la ciudad demolida y vuelta a edificar por tres veces, encontramos a la misma humanidad neurótica y egoísta, charlatana, explotadora de sí misma. La misma humanidad que se reúne siempre de igual forma para ejecutar o presenciar sus mismos engaños. Y como fondo inexorable, aún vemos bajo estos tipos humanos de siempre, tras estos tópicos vivos de la naturaleza humana, todo el entramado económico, ruin y angustioso que ha torcido la fuerza natural de los hombres para convertirlos en homoides.

El fracaso es la raíz del triun-

fo. La colectividad humana lo ha aprendido así en su tremenda autoeducación.

Tres siglos después de ser pintado el más moderno de estos cuadros la humanidad parece acercarse por fin, tras innumerables fracasos, a un triunfo relativamente definitivo. Un triunfo donde los fracasos sean a su vez triunfos al compararlos con nuestra vida de hace diez años. Es un triunfo que estamos forjando todos en nuestro trabajo y en nuestra guerra. Los artilleros, los infantes, los aviadores, los sanitarios... Los sanitarios que nos reímos ya de la antigua piedra de locura y que continuaremos nuestra risa frente a todos los mitos humanos mientras aprendemos a curar.

Y en unión de los demás soldados del pueblo, junto a toda la vitalidad auténtica de Europa, trabajaremos—trabajamos—por la venida de un día en que los pintores honrados y fieles, los pintores que reflejen las humanas escenas de mañana, no puedan pintar ya—como los fieles y honrados Van Haken, Hemessen y Teniers—escenas parejas a las de estos auténticos cuadros de la humanidad vieja.

A. BUERO



Teniers.

cas se agrupan. El charlatán, la menopáusica, el neurótico, la jovencita que tiene todo el tranquilo positivismo de sus ovarios jóvenes, todos estos tipos que en España se agrupan junto al sacerdote que exortiza, contribuyen a formar en Flandes durante varios siglos la misma escena materialista.

Los buenos pintores dieron siempre escenas verdaderas y difíciles. En este caso nos dieron tres cuadros iguales, en los que los abismos cronológicos que los separan no bastan a borrar un idéntico aspecto social.

Ante esta amarga realidad de una tontería humana que vive durante cientos de años en el seno de los pueblos, se piensa inevitablemente en su justificación.

Los personajes salen del am-

¿Control sobre la evacuación de los Puestos de Socorro de Batallón?

Todos sabemos perfectamente los escalonamientos en la evacuación de heridos desde el mismo Puesto de Socorro de Compañía. Conocemos como primer escalón el Puesto de Socorro de Batallón, donde el herido recibe técnicamente la primera cura, aunque en la mayoría de los casos los heridos que llegan a estos Puestos no precisan rectificación alguna sobre la primera cura que recibieron en la misma trinchera.

Sin embargo, por haber vivido otras realidades, tuve una época de confusionismo que los mismos hechos crearon en torno mío. No voy a analizar hipótesis ni a consagrarme a futuras posibilidades. Sólo quiero, bajo el análisis de pretéritos casos, puntualizar algo sobre una evacuación de heridos desde el Puesto de Socorro de Batallón cuando éste cuenta solo con servicio de artolas. Son, desde luego, conclusiones de una realidad.

Es indudable que en momento de combate el grupo de Sanidad debe destacar un sargento (si la evacuación es con artola, puede ser de la misma sección) que lleve el control o vigile el volumen de evacuación de cada uno de los Puestos de Socorro de Batallón.

Yo he visto una sección de artolas de una unidad repartida casi proporcionalmente en todos los Puestos de Socorro de Batallones—terreno montañoso—días antes del combate. De acuerdo. El Puesto de Clasificación de Brigada estaba situado a unos cuatro kilómetros del médico de Batallón.

El servicio de evacuación con artola, cuando llegó el momento del combate, en aquel caso fué sinceramente algo deficiente. No hubo más que una razón para destruir toda la eficacia de un servicio que, momentos antes del combate, estaba bien dispuesto, aparentemente: el acumulamiento de bajas en un solo Batallón.

Ignoro si, en este caso concreto, hubo quien se ocupara de la regularidad de esta evacuación hacia el Puesto de Clasificación de la Brigada; lo que sí sé es que mientras algunos Batallones apenas si utilizaron este servicio de evacuación—creo que un Batallón

no llegó a utilizarlas—, uno de ellos, más castigado por el enemigo, se vió en la necesidad, por falta de elemento, de enviar al Puesto de Clasificación a los mismos camilleros de la Compañía para poder evacuar al herido. Este hecho se repitió infinidad de veces en el mismo Batallón durante el combate. De este modo, mientras los camilleros de las Compañías marchaban a evacuar al Puesto de Clasificación—cerca de cinco kilómetros de la línea de fuego—, dejando a los sanitarios de Compañía solos con su bolsa y sus heridos, las artolas de los Batallones vecinos permanecían en la ociosidad, sin que surgiera ante tal estado de cosas una idea o iniciativa de aquel Puesto de Clasificación que fuera capaz de ordenar una evacuación eficaz. Era desagradable ver a los camilleros de las Compañías alejarse de sus puestos cerca de cinco kilómetros con el peso sofocante que supone para tan larga distancia una camilla cargada para dos solos hombres y tardar dos, tres o más horas en volver.

Es evidente que los camilleros de Compañía no deben, no pueden pasar del Puesto de Socorro de Batallón. No pueden abandonar, bajo ningún pretexto, su puesto en la Compañía. Es preciso, sí, evacuar a los heridos del Puesto de Socorro de Batallón; pero los camilleros de Compañía tienen otra misión fundamentalmente más importante: evacuar a los heridos de la primera línea. No pueden, por tanto, distraerse en una misión supletoria cuyo desempeño corre a cargo de otros. Lógicamente, quien tiene bajo su responsabilidad un cometido tiene la obligación ineludible de procurar que este servicio sea lo más perfecto en todo su radio, y si la dureza del combate ofrece estas alternativas, la iniciativa suya debe, si no prevenirlas con anterioridad, al menos tratar de corregir sobre el terreno la deficiencia. En este caso concreto, si hubiera existido alguien encargado de este control o vigilancia, hubiera reforzado inmediatamente la evacuación de ese Puesto más castigado con algunos elementos más de los otros

Batallones vecinos. En fin, todo menos consentir que los camilleros de las Compañías se alejen cinco kilómetros hacia un Puesto de Clasificación, con el gravísimo perjuicio que supone no recoger con urgencia a los caídos en primera línea.

J. P.

DESPEDIDA

Se trata de una despedida personal y colectiva. Despedida de la Sanidad y de LA VOZ DE LA SANIDAD de la XV División.

Despedida personal de uno que ha acompañado a la XV División desde el día de su formación y ha apadrinado el nacimiento de LA VOZ DE LA SANIDAD. Despedida colectiva de un grupo de camaradas que han ayudado decisivamente a la edificación de la Sanidad en nuestra División y que han constituido el alma de LA VOZ DE LA SANIDAD.

Nos vamos del Jarama con la conciencia tranquila. Dejamos una Sanidad fuerte y vital. Nacida hace un año en medio de la gran batalla del Jarama, se ha mostrado en Brunete, en la primera gran ofensiva de nuestro Ejército, como una de las más eficaces; también ha sabido aprovechar el período de calma y ha creado todas las condiciones para poder cumplir su misión en las luchas venideras.

Nos despedimos de nuestros magníficos sanitarios, que han hecho de la Sanidad en las trincheras de la XV División, un ejemplo en el frente del Jarama. ¡Que hagan escuela en este sentido para los sanitarios vecinos!

Nos despedimos de los médicos de nuestros Batallones y Brigadas, que han sabido hacer ciencia en las trincheras. Podrán varios científicos de laboratorio menospreciar los modestos resultados. ¡Nosotros estamos orgullosos de ellos!

Nos despedimos de nuestros verdaderos colaboradores en los hospitales, que ponen todo su es-

fuerzo en favor de nuestros heridos y enfermos.

Nos despedimos de los creadores y alumnos de nuestras Escuelas, los forjadores de los nuevos cuadros, fianza decisiva de nuestra victoria.

Hemos planeado en estos últimos días, junto a las Escuelas existentes, una nueva de tipo más elevado. Ya no podemos realizarla nosotros; esperamos que lo hagan nuestros sucesores.

Dejamos aquí muchos amigos. Y amigos que se han ganado en la lucha, no se olvidan fácilmente.

Al final nos despedimos de todos los colaboradores de nuestro periódico, de todos los que han puesto todo su entusiasmo para hacer de él una verdadera VOZ de nuestra Sanidad.

No sabemos si continuará su vida en el Jarama.

Hombres quedan aquí bastantes que podrían continuarla. Nosotros, que vamos a nuestro nuevo puesto, hacemos todo lo posible por que continúe su vida. Quizás su fisonomía cambiará en varios puntos, pero se alimentará con seguridad de aquellas tradiciones que ha adquirido como Voz de la Sanidad de la XV División. Esto lo lograremos tanto mejor cuanto más nos podamos apoyar sobre la colaboración continuada de nuestros camaradas en el Jarama ¡Estamos seguros de esto!

En nombre de los camaradas,

GORYAN

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