LA VOZ de la SANIDAD

DEL EJERCITO DE LEVANTE

EPOCA 2.ª 18 DE JULIO DE 1938 AÑO I - NÚM. 7

BIBLIOTECA NACIONAL DE ESPAÑA REVISTAS

S U M A R I O

A los dos años, *Editorial*. – Organización de los servicios de suministro farmacéutico del Ejército, *Ricardo Vidal-Ribas*. – Más puso, *B. Chueca*. – Caso curioso, *J. M. Madinaveitia*. – Visita a un taller de Madrid. – Informe al mando, *Gascó*. – Las prótesis provisionales para mutilados del miembro inferior, *Dr. M. Bastos y C. Tortosa* El problema de la reeducación de los mutilados de guerra, *Dr. Max Hodann* – Sobre los Hospitales de Campaña de los Cuerpos de Ejército, *P. Rodríguez-Pérez*. – Buzón. – Bibliografía. – Crónicas Sanitarias. – Los sanitarios dicen... – Noticias. – Descubrimiento del optimismo, *A. Buero*.

Pintura de Tomás de Kéyser. – *Historieta de* López Rubio. – *Dibujos de* Buero. – *Fotografías de* O. P., H. R. y Archivo de la V. de S.

TENEMOS UNA SANIDAD DE GUERRA

(Dibujo de A. Buero)

A LOS DOS AÑOS

CONFIANZA EN LA VICTORIA

Dos años se cumplen hoy. Dos años de lucha de nuestro pueblo por su libertad e independencia. Dos años colmados de acontecimientos históricos que afectan, no sólo a nuestra patria, sino al destino de toda la humanidad.

Son éstos de aquellos años que valen por decenios en la madurez de los pueblos; la madurez en el conocimiento del camino que han de seguir para llegar a una forma nueva de vida superior. Los grandes sacrificios de estos dos años los ha podido soportar el pueblo sólo porque ha llegado a conocer el sentido de los mismos. No porque el pueblo hubiera reconocido desde el primer momento la magnitud de los sacrificios a conllevar y los hubiera ofrecido conscientemente como el precio de sus fines de lucha: con la Historia no se hacen convenios. La envergadura de la lucha se conoce en la lucha misma, como asimismo su completo significado. Este ha sido cada día más claro; y es lo que ha dado al pueblo la fuerza para asentir ante los más grandes sacrificios. Sólo la necesidad reconocida da fuerzas para ofrecer el sacrificio por la libertad, porque ella es, en último extremo, la libertad misma. La independencia nacional es la primera condición de todo progreso social en el futuro—el conocimiento de ello ha sido el *leit motiv* de nuestra lucha—. Y por esto la consigna de liberación de nuestro país de los invasores es la consigna fundamental.

Estos dos años no fueron camino llano, ni una línea ascendente de ininterrumpidos éxitos; han sido una curva sinuosa de éxitos y fracasos, de victorias y derrotas. Y esto no sólo en el terreno militar. Los acontecimientos militares fueron solamente las señales más visibles del cambio de la suerte en nuestra lucha. ¡No hay camino llano para llegar al fin! Que los fracasos desanimen a los débiles, que se desesperen los pobres de espíritu: nosotros estamos seguros de que venceremos. No es esta una fe irracional; tampoco sólo la fe en la justeza histórica del triunfo. Es una seguridad, podríamos decir, científica, que se basa en el conocimiento de las condiciones favorables a nuestra causa.

Clausewitz, el teórico político-militar más caracterizado de la burguesía en su época ascendente, establece para el éxito de una lucha popular las siguientes condiciones:

1.ª Que la guerra se lleve a cabo en el interior del país.
2.ª Que no sea decidida por una única catástrofe.
3.ª Que el teatro de la guerra ocupe un terreno considerable.
4.ª Que el carácter del pueblo se identifique con las disposiciones.
5.ª Que el país sea muy accidentado e inaccesible geográficamente por sus montes o bosques y ciénagas.»

Biblioteca Nacional de España

Los más de cien años pasados desde Clausewitz no han disminuído la validez de sus palabras. Nuestra guerra contra los invasores posee todas las características mencionadas, y con ello poseemos también todas las condiciones para el triunfo.

Hay que añadir hoy un factor desconocido en el tiempo de Clausewitz: La solidaridad de los pueblos, la posibilidad de una ayuda activa a nuestra lucha por los pueblos de otros países. Ellos nos han dado ya hasta ahora significativas muestras de su buena disposición; magnífico ejemplo de ello es la ayuda que nos ha prestado el pueblo de la Unión Soviética. Los pueblos de los demás países democráticos le venían siguiendo tímidamente; pero bajo la actuación indecisa y aun cobarde de los países democráticos se transparenta el potente empuje de la disposición de ayuda de esos pueblos.

El período que ahora atravesamos es de seguro el más difícil desde el comienzo de la guerra. La preponderancia material del enemigo nos ha obligado a ceder y nos ha empujado hacia una difícil situación defensiva. Pero ni la vacilación de los pusilánimes ni los graznidos de los invasores cantando victoria aminorarán nuestra seguridad en el triunfo. Sabemos que la resistencia heroica de nuestro Ejército, contrapuesta hoy al avance de los invasores, significa sólo el preludio de una nueva etapa victoriosa en nuestra guerra.

El segundo aniversario de nuestra guerra de liberación no ha traído aún una solución. Pero, sin embargo, nuestra convicción de su éxito es inconmovible. Con las grandes enseñanzas de nuestras experiencias, a tan alto precio pagadas; con el ejemplo, vivo en nosotros, de nuestros héroes caídos; dispuestos a nuevos sacrificios, por grandes que sean; con una voluntad inflexible de victoria, entramos en el tercer año de la lucha.

*

BALANCE DE NUESTRA LABOR

Llevamos dos años de lucha. Es justo hacer un alto y recordar la accidentada marcha que nuestra Sanidad ha llevado hasta su actual formación.

Julio de 1936. Máuser en mano y bolsa de curación al costado, los médicos voluntarios comienzan a curar a los primeros camaradas que caen. El médico es un combatiente más en el parapeto, en los avances y en los retrocesos. El material se derrocha; los hospitales y hospitalillos se multiplican. Nuestra columna lleva, para quinientos hombres, cinco botiquines de batallón; cuando somos 1.800 tenemos dos Hospitales: uno avanzado (Navas), otro en Madrid (Puente de Segovia). Así todas las demás.

En la defensa de Madrid comienza la organización de la Sanidad; se controla el material y los hombres; se cambian experiencias: Jarama nos enseña la evacuación a distancia; el emplazamiento de Hospitales de primera y segunda línea. Nacen los Puestos de Clasificación, que han de aumentar en importancia cada vez más en la guerra. Brunete es nuestro orgullo. Primera gran ofensiva de nuestro Ejército y donde la Sanidad estuvo a la altura del momento. Concentración sanitaria realizada en cuarenta horas; rendimiento coordinado desde los camilleros de primera línea hasta Tarancón. Sin gangrenas; con mortalidad mínima; con cerca de mil intervenciones a menos de 25 kilómetros del frente. Las experiencias acumuladas en esta primera época debían fructificar, y fructificaron.

El segundo año nos llevó a otros sectores. Belchite, Teruel, y los combates siguientes completaron nuestras experiencias.

A los dos años la tarea más urgente es enseñar lo aprendido. Nuevas Unidades, nuevos mandos. Los veteranos tenemos como primera obligación enseñar lo que aprendimos en el campo, regado por la sangre de nuestros mejores camaradas.

A ellos dedicamos estas líneas; que en ejemplo nos sirvan para trabajar incansablemente por el triunfo de nuestra causa.

*

CREACION DE UNA ACADEMIA DE S. M.

Olvidados están ya, a los dos años de guerra, los primeros pasos de nuestra Sanidad. En Somosierra, en Guadarrama, en tierras de Avila, en tantos lugares de nuestra tierra, unos médicos civiles comenzaron la creación de una Sanidad del Ejército. Aquellas Milicias sin organización militar salieron del pueblo, y del pueblo salieron los primeros jalones de nuestra organización. La antigua Sanidad Militar no existía de hecho. Cierto que individualidades profesionales acá y allá distribuídas cooperaban en la labor inicial, más ni el estado general de organización del Ejército consentía una función sanitaria reglamentada y eficaz ni por desgracia la situación de los conocimientos militares de los primitivos médicos era capaz de llevar a cabo una organización totalmente desconocida. Así, ampliando funciones más o menos empíricas, los médicos civiles sustituyeron con entusiasmo y voluntad los conocimientos. Así se llegó a los días de Talavera y así el enemigo llegó a las puertas de Madrid. Hasta entonces nadie había podido cosechar el espacio de tiempo necesario para un estudio que fuese capaz de coordinar sus desvelos. Entonces, sí. Los médicos aquellos de las primitivas milicias fueron resumiendo las experiencias tan caras de un Ejército en formación y comenzó el estudio eficaz de la Sanidad Militar.

Con la creación del Ejército Regular, a las puertas mismas de Madrid, nació también, con una forma definida, la Sanidad Militar. Aquellos creadores del 5.º Regimiento tienen también su haber en el aspecto sanitario. La Sanidad del frente entra en una nueva era. Batallones, Brigadas y Divisiones encuadran a médicos que sienten con el pueblo la necesidad de la defensa. Así la Sanidad entra en una nueva era. La forja de la lucha en la defensa de Madrid, en La Granja, en tierras de Andalucía, en Brunete, en Belchite y, más tarde, en tierras de Aragón y Castellón, ha ido supliendo las deficiencias de antaño. No hay en nuestras Unidades médicos de Academia Militar. Los hay escasos. Sólo aquellos que han tenido por única escuela la lucha misma y que han aprendido en la realidad vivida. Triste escuela, cuyas enseñanzas es necesario aprovechar.

Y ya hoy, a los dos años de guerra, sin Academias, casi sin medios bibliográficos, podemos decir que los médicos de nuestro Ejército han sabido hacerse solos médicos militares.

Mas... ha llegado la hora de convertir aquellas experiencias y aquellas enseñanzas en un cuerpo de doctrina. Los futuros médicos de pequeñas Unidades y los nuevos mandos de las grandes no pueden volver a pasar por un crisol sangriento. Otros, precisamente los que llevan en sus hombros un bagaje experimental suficiente, hablarán por ellos. Así va a nacer nuestra Academia de Sanidad. Así nuestros nuevos médicos no darán pasos de ciego ni nuestros hermanos heridos sufrirán los defectos de la inexperiencia. De nuestra Academia de Sanidad Militar los nuevos médicos de Batallón saldrán con exactos conocimientos de sus funciones, y los Jefes Sanitarios de Brigadas y de Cuerpos de Ejército no darán pasos balbucientes iniciales.

En nuestra Sanidad, a la primera época de inexperiencia y de desconocimiento general, sigue un afán individual de conocimientos.

¡Séanos permitido ahora, con la creación de nuestra Escuela, la divulgación sencilla de nuestras experiencias!

Biblioteca Nacional de España

Organización de los servicios de suministro farmacéutico del Ejército

POR RICARDO VIDAL-RIBAS

Ante todo es preciso ahorrar material y medicamentos. Estamos acostumbrados a hacer la guerra a lo «millonario», y dadas las actuales circunstancias se ha de ahorrar todo el material posible, sin que quiera decir esto que tenemos falta, sino que podemos pasar con menos lujo que hasta ahora.

Es orden reciente para los Jefes Militares de cada uno de los Ejércitos de esta Zona que las Unidades se atengan para el suministro de medicamentos y material de cura a unas normas iguales o muy semejantes a las que ya se seguían en nuestro Ejército, y al criterio nuestro es más que suficiente dicha relación, sin que esto quiera decir que en ciertos casos, y sobre todo en las formaciones no combatientes (Equipos quirúrgicos, Hospitales, Servicios de Odontología, etcétera), no se pueda disponer de más variedad de medicamentos.

Siguiendo este ritmo, en cualquier caso es de máxima facilidad para el Estado Mayor saber en cualquier momento las existencias de medicamentos y material farmacéutico que posee un Cuerpo.

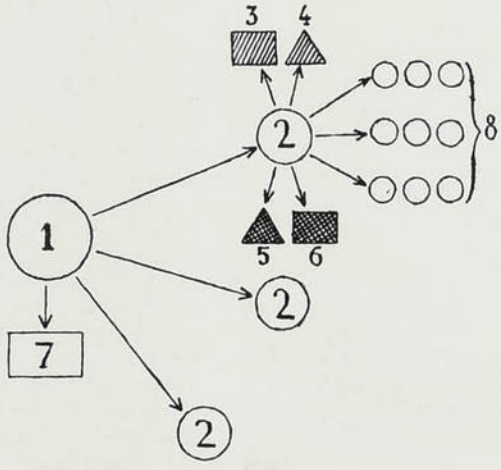
Los escalones farmacéuticos del Ejército, a nuestro criterio, deben ser los siguientes:

Depósito Central de Medicamentos de Ejército.

Camiones Almacén de Farmacia o Depósito de Cuerpo de Ejército.

Botiquines Farmacéuticos de Brigada.

A más de las Farmacias de las formaciones Hospitalarias de vanguardia (Hospitales de evacuación de Cuerpo de Ejército y de Ejército).



1. DEPOSITO CENTRAL DE MEDICAMENTOS DE EJERCITO
2. CAMION ALMACEN DE FARMACIA DE C. de E.
3. HOSPITAL DE EVACUACION DE C. de E.
4. EQUIPO QUIRURGICO
5. SECCION VETERINARIA
6. SECCION DE HIGIENE
7. HOSPITAL DE EVACUACION DE EJERCITO
8. BOTIQUINES FARMACEUTICOS DE BRIGADA

Vamos a exponer a continuación, en la forma más concisa posible, la organización y desenvolvimiento de estos Servicios en un Ejército de movimiento (los que durante la guerra europea y en el Ejército francés se llamaron «l'armee de manieuvre»).

Depósito central de medicamentos

Colocado en un lugar Central más o menos equidistante de los frentes de operaciones, debe constar esencialmente de cuatro secciones principales, que son:

Almacén propiamente dicho.

Sección de elaboración.

Sección de comprobación y análisis.

Sección de contabilidad.

Este Depósito tendrá una dotación de medicamentos y material de cura calculada según el número de Brigadas que formen en el citado Ejército de Operaciones o maniobras. Esta dotación será ampliada, además, por los medicamentos y material de cura de las diversas formaciones especializadas en cada uno de los Cuerpos de Ejército (Servicios Quirúrgicos, Servicios Veterinarios, Servicios de Venereología, Servicios Odontológicos, etc.).

La Sección de Elaboración está destinada a la preparación en gran escala de algunos de los preparados oficinales de uso generalizado, por ejemplo: sellos antiácidos, jarabe pectoral, supositorios antihemorroidales, pomadas y líquidos antisárnicos, etc. En fin, la labor de dicha Sección es la de dar las máximas facilidades a los Botiquines farmacéuticos de Brigadas para que éstos puedan despachar sin tener que elaborarlos.

El cometido de la Sección de comprobación y análisis, como claramente indica su nombre, es el de controlar y efectuar algunas sencillas pruebas para asegurarse de la autenticidad y pureza de los diversos productos que se despachan o elaboran en ese Depósito.

La Sección de Contabilidad y estadística es la que controla la entrada y salida de medicamentos, debiendo remitir a la Jefatura de Servicios de Ejército un parte diario del movimiento de los medicamentos. Asimismo confecciona una «ficha de movimiento» de cada uno de los medicamentos.

Una buena medida sería la de standardizar el suministro de medicamentos y material de cura a los Equipos Quirúrgicos. Para esto proponemos confeccionar unas dotaciones, de acuerdo con los cirujanos, suficientes para un promedio aproximado de diez o quince intervenciones, sin que esto quiera decir que los cirujanos no puedan utilizar más medicamentos que los de dichas dotaciones, sino que, según sus técnicas o costumbres, podrán solicitar de las formaciones farmacéuticas de que dependan otros medicamentos o preparados diferentes a los consignados en las dotaciones de «Equipos Quirúrgicos», teniendo por objeto estas últimas simplificar y acelerar en lo posible el suministro de estos productos.

Igualmente creemos necesario formar unos pequeños stocks de tratamiento antiluético y antigonorreico.

El personal necesario para atender este Depósito Central de Medicamentos es:

Un Capitán Farmacéutico Jefe del Depósito y de la Sección de análisis y comprobación.

Un Teniente Farmacéutico Jefe del Detall y de labores.

Tres Oficiales practicantes, aparte de un cabo de Sanidad Militar como Jefe de la fuerza, y los siguientes soldados:

Almacén: Dos soldados farmacéuticos o auxiliares y tres soldados mozos.

Comprobación y análisis: Un soldado farmacéutico o estudiante.

Elaboración: Tres soldados farmacéuticos, estudiantes o auxiliares.

Sección de contabilidad: Un soldado farmacéutico o auxiliar y un soldado contable o de escritorio.

Camiones almacén de farmacia o depósito de Cuerpo de Ejército

Está visto y comprobado que todos los tipos de «Farmacia Militar de Campaña» que hasta ahora se han ideado son poco menos que inútiles en fuerzas del tipo de

Biblioteca Nacional de España

la nuestra. Todo lo más pueden servir para una guerra colonial y de poca intensidad, pero nunca para una de gran movimiento y en la cual el enemigo basa casi todos sus ataques en una fuerte preparación artillera y de aviación. Hecha esta declaración sobre nuestro criterio de las Farmacias Móviles, que están muy bien para una exposición, pero no para el campo, vamos a entrar en la descripción de lo que nosotros llamamos CAMION ALMACEN DE FARMACIA.

Como claramente lo indica su nombre, estos camiones tienen la misión de almacenar y distribuir los medicamentos y material de cura entre las diversas unidades y formaciones de Cuerpo de Ejército.

Deben ser de unas tres a cuatro toneladas de carga y su carrozado muy sencillo, a saber:

Cabina normal para el conductor y personal.

Caja de paredes finas, pero resistentes y de gran altura interior (unos 2'50 metros a 3 metros); ésta debe aprovechar el mayor espacio posible, es decir, que las ruedas posteriores queden empotradas en ella, aunque sobresalgan en el interior.

Su distribución interior se reduce a una serie de estanterías que recubren las dos paredes laterales y la anterior, divididas en una serie de compartimentos de diferentes tamaños (los mayores en la parte inferior) y con un reborde de unos diez centímetros que sirve de barandilla y evita que con el movimiento puedan caer los diferentes productos o material; algunas de ellas están provistas de sujetadores para botellas de diferentes tamaños. En el interior del techo llevan unas abrazaderas graduables para sujetar los paquetes de algodón y las piezas de gasa que no quepan en los compartimentos de la parte inferior.

La dotación debe ser calculada según el número de brigadas y debe llevar todos los medicamentos elaborados, es decir, a punto de entregar a los Botiquines Farmacéuticos de Brigada. A más de estos medicamentos, lleva también los especiales para Equipos Quirúrgicos y Veterinaria.

El personal necesario es:

Un Oficial farmacéutico, Jefe del camión.

Un soldado auxiliar de Farmacia.

Un conductor.

Además, siempre que sea necesario se solicitarán del Jefe de Sanidad del Cuerpo de Ejército, los sanitarios necesarios para la carga y descarga del material.

Su situación en campaña será, salvo órdenes del Mando, en la proximidad del Hospital Móvil.

Botiquines farmacéuticos de Brigada

Son las últimas formaciones farmacéuticas, aunque utilísimas, y, por lo tanto, las que menos impedimento deben llevar, pues no tienen medios propios de transporte.

Estos botiquines consisten en dos cajones o cestones con los medicamentos (todos elaborados y a punto de despachar) y las pacas de algodón. Su transporte se debe hacer aprovechando cualquier vehículo de la brigada: ambulancia, coche del Jefe de Sanidad, camión de transporte, etc.

Estos botiquines los regentarán soldados farmacéuticos, estudiantes o auxiliares, que dependerán militarmente del Jefe de Sanidad de la Brigada y técnicamente del Jefe de los Servicios Farmacéuticos del Cuerpo de Ejército.

El adjunto gráfico dará una idea de la organización mencionada.

M A S P U L S O

De nada sirven nuestras iniciativas, por acertadas que sean, si a éstas no va unido un espíritu consecuente capaz de traducirlas en hechos positivos, que son, en fin de cuentas, los que transforman la situación que nos proponemos mejorar. A no ser así, la perspectiva de trabajo que abrimos ante nosotros no tiene más importancia que la de procurarnos una delectación espiritual, con la que *matamos el tiempo* aparentemente bien empleado.

Pero hemos de ser más justos con nosotros mismos, con nuestra misión, antes que adoptar una postura, podría decirse cómoda, si no mereciese otros calificativos.

Ha mejorado en general nuestro trabajo. Pero ni con mucho para estar satisfechos. No ha mejorado más por falta de perspectiva, sino porque la reacción que nos lleva a intensificarlo es la reacción que se mantiene en alto durante dos o tres días para volver a perderse otra vez en un propósito cansino que acaba por abandonarse de nuevo. ¡Diríase que nos falta pulso para mantener cotidianamente la decisión de hacer de cada día y de cada experiencia un progreso capaz de suponer un mejoramiento de tipo técnico o político dentro de Sanidad!

¿Cuántas veces hemos hablado de la necesidad de ligarse estrechamente a los Comisarios de Sanidad de las Brigadas para ayudarles, recoger sus experiencias y orientarles en su trabajo? Mucho hemos hablado sobre el particular, y no dudo del acierto con que hemos justificado esta necesidad. Todos hemos coincidido en que es posible mejorar enormemente los Servicios Sanitarios de vanguardia, que no es ningún imposible orientar aquellas conductas que no están a la altura de las necesidades del Ejército y de la lucha por un nuevo camino de realizaciones prácticas, en aquellos aspectos en que la Sanidad, por múltiples razones, presenta más debilidades. Hemos hablado de las causas que las motivaban, de las posibilidades que contábamos para subsanarlas (siquiera en toda la proporción que fuera posible); de aquellos procedimientos factibles de llevarnos a conseguirlo.

Cuando hemos hablado sobre el particular a los Comisarios de Sanidad de las Brigadas hemos visto con el entusiasmo que acogían aquellas normas de trabajo que en muchos casos ellos no habían concebido; hemos visto cómo nuestros puntos de vista coincidían con sus propias experiencias y cómo regresaban a sus puestos llenos de fe por los buenos resultados que iba a tener su labor futura. ¿Los hemos ayudado lo suficiente para que no se desalentaran, aun cuando tardaran en perfilarse los nuevos rasgos de Sanidad? ¿Hemos hecho algo por que el propósito que les impulsaba a mejorar su trabajo no se agotara a los cuatro o cinco días? Ya sé que a esto se contestará que los inconvenientes para desplazarse a las Unidades, los cambios a que éstas están sometidas, justifican el por qué no tiene nuestro trabajo los resultados que debe tener. Y es verdad, en cierto modo, que la persistencia de nuestro trabajo en ese aspecto tropieza con estos inconvenientes. Pero, ¿no es cierto que si pensamos, sobre todo en lo que se tiene que hacer, en muchísimos casos (en su mayoría) esos inconvenientes se superan? ¡Vamos a pensar antes de darnos la respuesta en las que vence y se salta por encima aquel Comisario que, por entre las ráfagas de las ametralladoras fascistas, anima a sus soldados y con ellos asalta las posiciones enemigas. ¿Inconvenientes? La idea de la muerte les cierra el paso, posiblemente la muerte misma, y avanzan o resisten sin hacer la objeción del «imposible».

Biblioteca Nacional de España

Indudablemente que en muchas Brigadas empiezan a despuntar los primeros resultados de la labor que venimos señalando, los que serían mucho más amplios si a ello no se opusiera alguna incomprensión que, por otro lado, podemos deshacer sin grandes esfuerzos. Basta con que nos lo propongamos de verdad.

Pero parece ser que los primeros resultados (precisamente los que más ánimo debieran darnos en la labor emprendida) significan para nosotros una meta por la que nos abandonamos al conformismo. Y es aquí donde se tiene que manifestar más claro el propósito férreo de continuar el trabajo emprendido, donde con más atención debemos pulsar su ritmo para que no cese un día ni otro, para que sea el que la guerra más las circunstancias actuales nos imponen.

Eso hoy más que nunca, cuando en el aparato político de Sanidad se impone la mayor movilidad, el máximo dinamismo y el que a éste se sume la tenacidad de aquel que, mediante el esfuerzo continuado, sabe que ha de llegar al aplastamiento definitivo del fascismo.

B. CHUECA

CASO CURIOSO

Félix García Gandía. Herido de metralla de artillería, que penetra por línea axilar izquierda y queda bajo piel en línea para axilar derecha nivel del apéndice xifoides.

Operación: Anestesia etérea. Incisión transversal siguiendo el túnel y viendo no penetra en peritoneo. Rompe el recto izquierdo en su parte alta y secciona por completo el recto derecho. Rompe las falsas costillas derechas y queda entre la pared costal y la piel. Es una espoleta de un obús del 7'5 que pesa más de un kilo, que debió deformarse contra una piedra y de rebote penetra la piel abdominal con esa punta ya deformada.

Encontramos en el túnel pedazos de paño, etc., que sacamos, dejándolo limpio.

Dejamos dos ampollas (20 cc.) de suero antigangrena y una gasa empapada también de suero antigangrena, saliendo por una contra abertura en el sitio de mayor declive (axilar derecho) y suturamos con lino la piel.

Mejora rápidamente, sin presentar síndrome peritoneal. Sacado el drenaje a las 24 horas supura algo.

El catorce día presenta fiebre atípica supuratoria y dolor de ciática en muslo izquierdo. Duran dolor y fiebre quince días, con intermitencias, y desaparece por completo el dolor al mes de haber sido operado.

Es evacuado el día treinta y dos con la herida abierta, a pesar de los baños de sol que se daba el herido desde los pocos días de haber sido operado. Queda sin piel unos diez centímetros en cuadro.

Encierra muchas enseñanzas este caso, por lo cual lo aparto, así como por su rareza.

Es probablemente uno de los que han soportado un trozo mayor y más pesado de proyectil en el vientre, sin lesiones que pudiéramos llamar graves, por ser una herida de vientre no penetrante, ya que ni siquiera toca peritoneo.

También nos aporta el interés de haber sido cortados los rectos, casi por completo, de ambos lados, y, sin embargo, salió el paciente del hospital pudiendo mantenerse en bipedestación. Es interesante siempre ver cómo puede rehacerse la pared abdominal después de cortados los rectos en su parte alta.

Hemos tenido anteriormente otro caso con sección completa de los dos rectos y que luego pudo hacer todos sus movimientos perfectamente.

Ha supurado la superficie del túnel hecho por la espoleta, a pesar de haberlo desbridado y limpiado convenientemente, suturado paredes sangrantes y dejado un drenaje (contra nuestra costumbre). Dejamos, además, en el túnel suero antigangrenoso y en días sucesivos bloqueamos el túnel con suero antigangrena.

El empleo del suero a. g. local lo hacemos sistemáticamente, más por su acción como tal suero que como acción contra la gangrena.

Formó algo de bolsa de pus, por corrérsele a lo largo de los oblicuos a la espalda. Le hicimos una incisión en el sitio de mayor declive, cerrando pronto esta bolsa.

Presentó una ciática del lado izquierdo con fiebre, como suelen presentar los apendicíticos. No nos explicamos la causa de la ciática izquierda, ya que toda la supuración era con preferencia del lado derecho.

Esta ciática fué acompañada de una erupción en el pliegue inguinal izquierdo. Esta, juntamente con la ciática, tan tardíamente, al día quince, no parece ser debido a la fiebre sénica, y, además, la erupción es demasiado localizada. Duró mucho (quince días), y la curva era con ganchos irregulares y fiebres altas de poca duración, de horas; parece más bien supurativa, pero la herida tan abierta y tan flúido el líquido no parece pudiera dar esta fiebre. ¿Era debida a su ciática o a una flebitis?

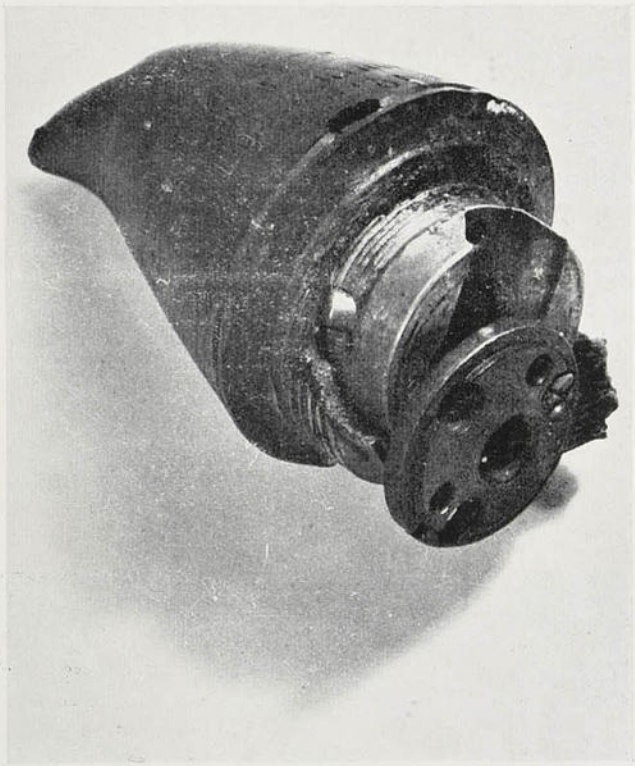


Foto a tamaño natural de la espoleta de obús que se menciona en el artículo.

También es interesante que, a pesar de la violencia y peso del proyectil, sólo se rompieran las falsas costillas, sin producir un derrame pleurítico y sí una condensación pulmonar que pronto cedió.

J. M. MADINAVEITIA.

Biblioteca Nacional de España

Elementos de una industria sanitaria

VISITA A UN TALLER DE MADRID

Se trabaja para Sanidad desde el principio

En el corazón de Madrid se encuentran estos talleres. Cuando hemos cruzado la tapia que los rodeaba, no podíamos imaginar lo que encontraríamos dentro. Su interior fantástico—no hay otra palabra—se esconde tan admirablemente en el perfil cotidiano de la ciudad, que la sobadísima comparación con la perla encerrada en su concha acude inevitablemente a nuestro pensamiento.

Hablamos con los camaradas responsables. Sabíamos que en los Talleres Herráiz se fabricaba para Sanidad. Esperábamos, por tanto, informarnos sobre estos trabajos, y suponíamos ya la visión espontánea de los talleres atareados, llenos del ruido de las aserradoras y de los martillos. No encontramos eso solamente: vimos, además, un museo. Pero vayamos por partes.

Esta casa, abandonada por su antiguo dueño, intervenida por el Estado y bajo el control obrero, empezó a construir para Sanidad casi desde el principio del movimiento. Eran entonces 290 trabajadores. La sucesiva movilización de quintas ha reducido el taller a un grupo de 100 hombres. Dibujantes, pintores, obreros de la madera y del hierro.

Sentimos el confuso afanar de estos camaradas, que llega en sordo ruido, a través de las galerías hasta el despachito, donde dos de ellos nos informan amablemente.

Podemos rendir mucho más

—Nuestro rendimiento es bueno—nos dicen—. Sería óptimo, si no fuese por las dificultades de materia prima. Podemos darte algunos datos para que te formes una idea: La producción total de uno de los meses pasados, ligeramente superior al nivel medio de trabajo, y que se puede considerar como la media de rendimiento mensual en nuestro taller. Naturalmente, podemos rendir mucho más. Aquel mes hicimos 1.500 metros de férula de Cramer, 109 sillas de artola, 75 bastes, 209 sillas para artola litera, 500 gotieras, 50 arcos de fractura, 100 fiadores de tubo, 210 cajas para botiquín de tanque y 25 cajas de botiquín odontológico. Todo esto, a más de muchos otros trabajos de la casa.

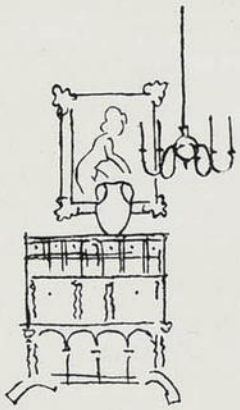
—¿Quiénes os hacen los pedidos?

—Hemos servido siempre al Parque de Sanidad de Madrid. Y por su mediación, algún encargo para Valencia. Modernamente es la Subsecretaría de Armamento la que nos ha encargado material sanitario en grandes cantidades.

—¿Qué otro material sanitario hacéis?

—Construímos también arcos de cama, carros de transporte de comida, mesas de reconocimiento, soportes de extensión continua, mesas de cama, muletas...

Nuestros precios son baratos. El metro de férula de Cramer se vende a 3 pesetas. La gotiera más cara, la de pelvis, a 11. Los soportes de extensión continua valen 2'25 pesetas. Una mesa de reconocimiento, 125...



—¿Proyectáis alguna cosa nueva?

—Sí; queremos hacer, por iniciativa del Parque de Sanidad, unas cajas de botiquín para el servicio sanitario antigás.

Un museo

Salimos del despacho en dirección a los talleres. Pero antes subimos por una escalerilla para ver la exposición. Nos han invitado a ello.

—¿Vuestra exposición?

—Sí. Esta casa construía, y construye, muebles de lujo y herrajes artísticos.

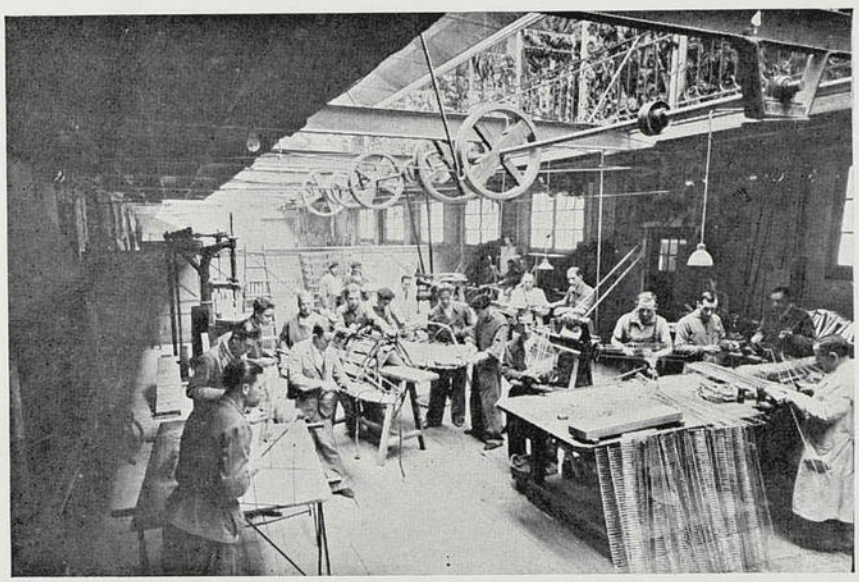
Ascendemos resignados por la escalera. Nos imaginamos ya un fárrago de mal gusto que habrá que tragar cortésmente. Muebles de lujo—panzudas y sosas mesas de despacho, aparadores o camas—y herrajes de arte—candiles historiados (que no históricos) con luz eléctrica y lámparas horribles de muchos brazos.

Encontramos, al final de la escalerilla, un viejo lienzo español que nos consuela. Es una pintura discreta, uno de esos santos monjes de oratorio o de sacristía. Y entramos en la exposición. Los camaradas que nos acompañan van encendiendo las luces.

Estamos visitando un palacio antiguo donde se encuentran todos los estilos. Contemplamos comedores, dormitorios y galerías llenos de muebles ricamente taraceados, con las paredes decoradas por soberbios tapices de la Real Fábrica; vemos vitrinas llenas de miniaturas, porcelana y orfebrería; cruzamos el dintel de dos rejas espléndidas; nos sumergimos, en fin, en medio de una manifestación artística ordenada y tumultuosa. Por todos lados, entonando con el mueblaje y la decoración, cuadros de los estilos más diversos: floreros y bodegones del siglo XVIII, escenas religiosas de Escuela Española, Retratos.

Muchas salas de un arte magnífico. ¡Y la mitad de todo ello es falso!

Hemos visto tapices, muebles y cuadros auténticos. Aquello era una mescolanza bien montada de arte antiguo y de "pastiche", hecha con indudable discreción.



El taller de material Sanitario en actividad

Biblioteca Nacional de España

El buen gusto, que había hecho posible una fina comprensión de la decoración antigua, se hacía patente en el ala restante del edificio, dedicada a exposición de moblaje y decoración modernos. Más salas admirables.

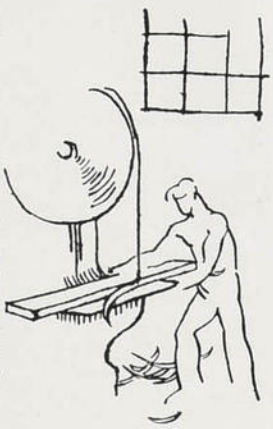
En los talleres, hombres y máquinas trabajan

Salimos, al fin, por otra puertecita de este museo escondido para entrar en los talleres. El contraste no puede ser más crudo. Ahora todo es distinto: estamos en el lugar vivo, donde tiene su nacimiento todo ese trabajo artístico acumulado que hemos dejado atrás. Las paredes son grises y desnudas; las sillas, toscas. Todo es dinámico aquí: los hombres que trabajan y las sonoras máquinas. La luz entra, limpia y blanca, por los ventanales, y acaba por barrer de nuestro pensamiento avergonzado la memoria de tanto objeto de arte contemplado hace un momento bajo la luz de las arañas. Nos parece ridículo y mentiroso el recuerdo de todo lo que hay tras la puertecita que acabamos de pasar. Aquí se respira un aire agudo que hace a las cosas mucho más rotundas y verdaderas que las que vimos poco ha.

La adaptación es necesaria

Y, sin embargo, todo aquello sale de aquí. Es en estos talleres vivos y grises que ahora construyen gotieras o cajas de botiquín donde se cortan, se pintan y se preparan los elementos del museo que hemos visto. El paso de la informe materia prima a la alta tectónica de la obra de arte se hace aquí, dentro de estos muros, en rapidísimas mutaciones. La tapia que rodea la fábrica y la sitúa en medio del urbanismo esconde dos polos de apariencia opuesta que no lo son realmente: el lujo de lo artístico y la sobria sencillez del trabajo. La tapia esconde esa lección llena de futuro. El trabajo y el arte reunidos, hechos una sola cosa, porque todo está ahora en las manos de los trabajadores. Un hermoso y admirable taller para después de la guerra.

Y en la guerra, este museo que se hacía aquí todos los días para llenarse de quietud en la exposición, se ha vitalizado. Los talleres de obras de arte no han desdeñado la colaboración en nuestra lucha. La inercia de las cosas lujosas no fué suficiente para hacer olvidar a estos camaradas la posibilidad y el deber de producir en otros terrenos. El taller viene haciendo cosas nada artísticas y muy necesarias, tales como férulas y artolas. Porque en este taller no hay necios prejuicios intelectualistas, y los obreros que lo animan conocen la verdad sencilla y escueta del trabajo creador de la vida y el arte, la verdad que palpita en estas paredes grises y entre el bronco sonar de las máquinas.



Dediquemos un recuerdo a este taller artístico-sanitario, como claro exponente que es de una industria burguesa en pleno cambio hacia formas económicas y morales más perfectas.

INFORME AL MANDO

Este artículo no iba destinado al periódico; es un informe recibido en nuestra Jefatura de uno de nuestros Equipos Quirúrgicos. Debido a las condiciones de ejemplaridad que indudablemente posee lo recogemos en nuestras páginas.

Al hacer el balance del mes creo que actualmente el Equipo rinde y funciona bien; pero podía superarse si fuese posible conseguir que no se acumulasen excesivamente primeras y segundas y terceras urgencias (1). En aquellos casos en que ha llegado un gran volumen de heridos ha sido materialmente imposible el atender, con la premura conveniente, heridos de segunda y tercera urgencia. Estos heridos, previa una buena clasificación, podrían en tales casos ser atendidos en formaciones hospitalarias especiales.

Los heridos de abdomen han llegado bien los del Sector de M. (término medio de ocho horas) y en muy malas condiciones los del Sector de O., que han llegado con mayor retraso, a pesar de la menor distancia.

He observado que todavía persiste (aunque más atenuada) la tendencia, a mi juicio fatal, de retener heridos en formaciones muy avanzadas para cambiarles el vendaje, con lo que se consigue hacer perder tiempo al herido, contribuir a la infección de las heridas y hacer un gasto completamente inútil de material. Esto se observó en los primeros días de junio y parece que ha disminuído mucho.

El tiempo medio de evacuación de los heridos es difícil de precisar; depende de la naturaleza de la herida.

Personalmente, nosotros evacuamos los abdómenes a partir de los diez días de operados, cuando no presentan complicación alguna. Los cráneos, si no tenían compresión y se les ha intervenido para hacerles la limpieza quirúrgica, los evacuamos a los cinco días. En otros casos, en un término medio de ocho a diez días.

Los torácicos suelen estar en buenas condiciones de evacuación a los cinco o seis días.

Los fracturados, convenientemente reducidas e inmovilizadas las fracturas, los evacuamos inmediatamente, salvo en los casos en los que exista Shock traumático, en cuyo caso a las cuarenta y ocho horas suele éste haber desaparecido totalmente y es posible la evacuación.

En los vasculares esperamos a que se establezca la circulación colateral o a que comience el proceso de necrosis para obrar en consecuencia (suele ser este período bastante corto: cuarenta y ocho horas).

En las grandes heridas anfractuosas que han llegado infectadas y que debieron ser desbridadas ampliamente también solemos esperar unas cuarenta y ocho horas, hasta que podemos descartar la producción ulterior de infecciones anaerobias.

GASCO

(1) N. de R.—Las especiales condiciones en la recepción de los diversos heridos, de una parte, y la ausencia de una clasificación eficaz, de otra, son las causas que motivaron la acumulación de que el informe habla.

DESCUBRIMIENTO DEL OPTIMISMO

(Viene de la página 16)

superior traduce en optimismo—un impulso de loca audacia hacia el futuro. Ella crea la fe en todo lo que ha de venir. No puede importarnos ahora que seis médicos y un esqueleto sonrían estérilmente en su optimismo desviado y maltrecho, porque sabemos, intuímos un optimismo nuevo.

Sabemos de un optimismo que estamos creando, un optimismo cargado del sentido de la responsabilidad colectiva. El hombre de hoy obedece así a la consigna que le impone el tiempo. Se hace necesario trabajar alegremente de nuevo, pero sin ignorar las perspectivas que nuestra época de masas nos dicta.

Aliar el optimismo y el sentido de la responsabilidad, el optimismo y la seguridad de que el mundo es algo perfectamente serio, grave, difícil y digno de arreglarse. Esta es la verdad de hoy. Hombres llenos de esta verdad fueron también contemporáneos de los doctores del cuadro. Pero fueron seres aislados, al margen de la marcha de la colectividad humana en el tiempo.

El devenir histórico trajo consigo el devenir del optimismo, porque éste es una actitud humana y no animal. El optimismo de hoy es la síntesis dialéctica del optimismo de ayer y del pesimismo.

¡Salud a la nueva sonrisa de nuestros médicos frente a la sonrisa hueca y triste de los doctores que juegan puerilmente con el esqueleto!

A. BUERO

Biblioteca Nacional de España

Las prótesis provisionales para mutilados del miembro inferior

POR EL DR. M. BASTOS Y C. TORTOSA

Nuestra actividad en el Centro Quirúrgico, donde prestamos nuestros servicios, nos ha enfrentado con un número muy considerable de mutilados de miembro inferior: unos con las heridas todavía abiertas y otros ya cicatrizadas. Estos últimos, especialmente, nos pedían, con reiterada insistencia, que les colocáramos «una pierna de goma». Y todos estaban más o menos obsesionados por este afán de que se les restituyera el miembro perdido. Para unos no se trataba menos que de adquirir una pierna ideal, fabulosa, de que les habían hablado, y que era igual que la pierna sana. Otros, más modestos en sus aspiraciones, se contentaban simplemente con que les hiciéramos algo que les permitiera andar sin muletas. Son estos últimos, mutilados de aspiraciones más limitadas, que no pasaban más allá de *la pata de palo*, los que nos han enseñado el camino mejor para la reparación práctica de su invalidez. Hemos visto, en efecto, que los mutilados de miembro inferior que deseaban, ante todo, caminar sin apoyo y restituirse cuanto antes a su trabajo, los que verdaderamente deseaban esto lo lograban siempre con cualquier adminículo que se les colocase. En cambio, los que querían, ante todo, poseer una pierna mecánica perfecta, lograban con mucha más dificultad liberarse de las muletas; y si al fin, la pierna perfecta, obtenida después de larga espera, llegaba a ellos, siempre les producía una decepción, que, en fin de cuentas, les hacía muchas veces abandonar toda prótesis y entregarse a las muletas de por vida.

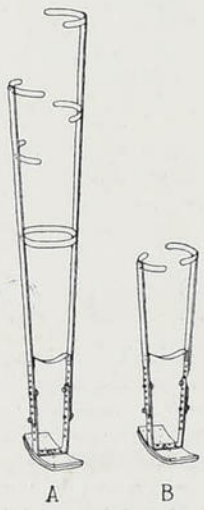


Fig. 1.ª
A. Prótesis para muslo.
B. Prótesis para pierna.

Esta experiencia nuestra se condensa, expresada en otros términos, en la fórmula siguiente: *la habilidad personal para caminar con cualquier artilugio de apoyo lo es todo; la perfección de este artilugio no es nada.* El mutilado que prontamente se acostumbra a manejárselas con cualquier *pata de palo* que le permita caminar sin muletas no necesitará después de prótesis complicadas para andar de un modo casi normal e incluso sin que se note su mutilación. Esta habilidad, conseguida a expensas de una adaptación progresiva al artilugio del apoyo, es, como decimos, lo más importante en la reeducación de los mutilados. Si después se les dota a éstos de una prótesis perfecta, tanto mejor. Pero los que la consigan no tienen por qué echarla en falta si han adquirido dicha habilidad.

Fundándonos en esto, nosotros aplicamos sistemáticamente a nuestros mutilados de miembro inferior lo que se llama una prótesis provisional. Consiste ésta en una sencilla armadura de «pletina» de hierro según planta, que puede verse en la figura 1.ª. Como se ve, tenemos dos modelos, uno para pierna y otro para muslo, y procuramos, puesto que las medidas para uno y para otro son *Standard*, tener siempre a mano un pequeño stock de estas sencillas armaduras. Para aplicarlas en los muñones, se empieza por colocar en éstos un escayolado muy bien moldeado, según representa la figura 2.ª. Según puede apreciarse, dicho escayolado, tratándose de muñones de muslo, se amolda muy especialmente sobre el isquión y sobre las crestas ilíacas, pues el isquión ha de ser el principal apoyo de la prótesis, y alrededor de las crestas ilíacas ha de adaptarse una especie de cinturón escayolado que impide el desplazamiento hacia los lados de la armadura de hierro. Esta se aplica sobre el escayolado en cuanto éste ha fraguado ligeramente y se la sujeta a él con unas cuantas vueltas más de venda escayolada (figura 3.ª). De este modo la prótesis queda firmemente embutida en el escayolado y éste queda bien sujeto al cuerpo, de manera que la presión de los arcos de apoyo de la prótesis se distribuye por igual y no debe hacer daño, por tanto, en ningún punto. Asimismo, el extremo del muñón, donde está la zona delicada de la cicatriz, debe quedar, si el aparato está bien puesto, sin presión alguna, tanto que en este punto no hay inconveniente en dejar abierta o aventanada la escayola, al objeto de que dicha zona cicatricial quede enteramente en el aire.

En los mutilados de tercio superior de pierna con muñón muy corto, adaptamos la misma prótesis que para los de muslo; pues hemos visto que si no se les encierra la rodilla no son capaces de caminar y el muñón fatalmente se ulcera por la presión. En cambio, en los muñones largos de pierna adaptamos la prótesis corta en la forma que expresa la figura 4.ª. Si el muñón es más largo, inmediatamente, por encima del tobillo, puede incluso prescindirse desde el primer momento de la prótesis provisional y colocarles una bota de aviador, que dentro del pie lleva una especie de horma de madera o de corcho partida por un corte en forma de cuña a la altura de la raíz de los dedos y sujetos ambos pedazos por una suela

Según puede apreciarse en las figuras, los armazones de hierro pueden variarse un poco en su longitud mediante los tornillos que llevan, uniendo las dos piezas de su extremidad distal. El piso de la prótesis está constituído por una chapa de hierro un poco curva, que lleva sujeto con remaches un pedazo de neumático de coche. Cuando el mutilado se ha acostumbrado al apoyo sobre esta superficie plana, es siempre muy bien venido cam-

Fig. 2.ª
Escayolado adaptado al muñón.

Fig. 3.ª
La prótesis aplicada en un mutilado de muslo.

Fig. 4.ª
La prótesis aplicada en un mutilado de pierna.

biarla por un pie de madera que permita colocarle una bota, y de ésta manera el mutilado tiene ya la agradable sensación de verse dos pies igualmente calzados y con

Biblioteca Nacional de España

ello adquiere una mayor confianza y optimismo para la sucesiva adaptación a su prótesis.

Cuando al mutilado se le ha dado este primer impulso a su psicología, que, repetimos, es para nosotros todo el nudo del problema de las prótesis, él mismo nos ayuda siempre después con sus iniciativas para perfeccionar y hacer más útil la modesta *pata de palo* de que le habíamos provisto. Pudiéramos decir que con la prótesis provisional echamos la semilla de una futura prótesis definitiva que va a surgir de nuestro artilugio casi por generación natural. Es, en efecto, muy interesante comprobar cómo la inmensa mayoría de los mutilados van dotando poco a poco a su armazón de perfeccionamientos que le hagan asemejarse cada vez más a una pierna natural. Unos los hacen por sí mismos, otros los encargan a artífices—herreros, zapateros, guarnicioneros--con quienes entran en contacto. Casi siempre nos consultan a nosotros para desarrollar sus proyectos, y la mayoría de las veces éstos están llenos de sentido común y constituyen sugestiones utilísimas para la construcción y adaptación de las prótesis definitivas. Porque, naturalmente, nadie sabe mejor que el mutilado «dónde le aprieta el zapato».

La condición esencial de la adaptación de toda prótesis provisional es, ante todo, la prontitud en colocarla. Nosotros no aguardamos casi nunca a que las heridas estén cicatrizadas para adaptar estas prótesis. No es corriente que dicha adaptación empeore las heridas en curso. Al contrario, sucede muchas veces que la hiperemia y la reavivación funcional que la marcha produce, influencia muy beneficiosamente el curso de las ulceraciones de los muñones, que a veces son de tan desesperante lentitud. Hemos visto, en cambio, que los mutilados que han venido a nosotros después de permanencias de meses y meses en cama eran siempre muy malos sujetos para la prótesis. Es en estos casos donde más se da la obsesión por la prótesis milagrosa venida de lejanos países que ha de permitir caminar al mutilado en cuanto se le coloca por arte de birlibirloque. Por el contrario, los amputados que hemos tenido desde el primer momento en nuestras manos, y que antes de perder la sensación de miembro fantasma eran provistos de su artilugio de marcha, siempre fueron «casos de exposición», es decir, habilísimos en el manejo de su prótesis y optimistas mostradores de su capacidad mental y física.

El problema de la reeducación de los mutilados de guerra

POR EL DR. MAX HODANN

II

Al fin de mi primer artículo, respecto al problema de la reeducación de los mutilados de guerra (VOZ DE LA SANIDAD, I, 6 del 31 de mayo corriente), he mencionado la necesidad de crear disposiciones para la asistencia social en interés de todos los licenciados correspondientes a las disposiciones de la ley de Accidentes del trabajo de 1932.

Esta ley distingue cuatro clases de incapacidades (artículo 10; véase folleto núm. 339 del Instituto Nacional de Previsión):

1.° Incapacidad temporal (art. 11).

2.° Incapacidad parcial permanente para la profesión habitual (art. 12).

3.° Incapacidad permanente y total para la profesión habitual (art. 13).

4.° Incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo (art. 14).

Es claro que para nosotros, desde el punto de vista de nuestro problema de la reeducación de los mutilados de guerra, los grupos 2.° y 3.° son los de mayor importancia. Es claro, porque el grupo 1.° (incapacidad temporal) no envuelve un problema de reeducación, sino un problema de restitución total, y porque el grupo 4.°, correspondiente a una incapacidad permanente y total, no permite un proceso de reeducación nunca; esos casos son casos para la asistencia social pasiva más que para una política social constructiva.

Por el contrario, los grupos 2.° y 3.° nos ponen frente a la tarea de reeducación para recuperar su anterior o una nueva profesión. Como decía en mi anterior artículo, el proceso de la reeducación no es realizable sin la colaboración del médico ortopédico, del profesor y del obrero experto que construye los aparatos necesarios. Una vez más, en correlación con la ley de accidentes del trabajo (art. 27), es menester asegurar no solamente la provisión de aparatos de prótesis u otros, sino también la renovación de éstos si fuese necesario. La solución de este problema de renovación, según mi experiencia, después de la guerra mundial, depende, en gran parte, de la construcción original del aparato. Y desde este punto de vista tenemos que aprender enormemente. Los pequeños talleres, por ejemplo, que construyen aún en este momento en Valencia aparatos ortopédicos—¡en total no más de veinte obreros!—, ejecutan su trabajo de la misma manera que en tiempo de paz, sin modificar hasta ahora ese trabajo con arreglo a las condiciones del tiempo de guerra. Es decir: Un campesino amputado de una pierna no puede utilizar un aparato de prótesis construído para las condiciones de la vida urbana burguesa; es preciso que su aparato tenga la posibilidad de ser reparado por el herrero de su pueblo, que no tiene experiencia ortopédica.

Solamente en el pequeño taller ortopédico del Hospital de traumatología de Murcia he encontrado una adaptación sistemática de las construcciones a las condiciones de tiempo de guerra. El responsable de este taller, camarada TEINL, procede de Checoslovaquia. Tiene una experiencia como constructor de aparatos de veinte años, y ella le ha permitido emplear modificaciones de forma en los aparatos, de tal modo que aquellas partes que generalmente después de un cierto tiempo necesitan una renovación, pueden ser reparadas fácilmente por cualquier herrero o guarnicionero no especialista. Considero necesario coleccionar ejemplos como el de Murcia y publicarlos para organizar un intercambio de experiencia.

La adaptación de la construcción a las condiciones de nuestra situación depende, además, del conocimiento del ambiente tecnológico del paciente, del conocimiento, con otras palabras, de las condiciones de producción bajo las cuales el paciente suele vivir. Es de observación corriente que los hombres que ejecutan trabajos rudos prefieren casi siempre los aparatos de prótesis rudimentarios y groseros a base de una pieza única sin articulación, mejor que aparatos más perfectos, más estéticos y articulados que encuentran más agradables cuando no trabajan.

Por otra parte, es necesario estudiar los recursos de materia prima que hay en este momento en nuestro país, sin contar con la ayuda del extranjero.

No es muy ingenioso decir: No podemos construir porque faltan estas y estas materias. Recordemos las palabras de la «Pasionaria» en su informe del mayo de 1938 en el Comité Central del P. C. E. en Madrid: «¿Por qué en nuestro territorio no se puede recoger todo el hierro y metales, ya que los hay en abundancia en todas partes, y ahorrar centenares de millones de divisas, con que hoy estamos obligados a comprarlos en el extranjero?».

Biblioteca Nacional de España

Es verdad que nuestros efectivos de materia prima no están registrados hasta ahora de una manera exacta, de forma que no podríamos decir, por ejemplo, qué materias primas y cuántas de éstas tenemos para la construcción de aparatos ortopédicos. Si, por ejemplo, no hay cuero, entonces la fabricación de objetos de lujo que no sean productos de exportación debe ser suprimida.

Esto con respecto al problema de construcción. Ahora unas palabras referentes a la cuestión de los mutilados de guerra mismos.

Desde el año último hay una Liga de los Mutilados de Guerra, fundada en Madrid, con los siguientes fines:

a) Ser útiles dentro de las posibilidades al triunfo de la guerra.

b) Ayudar incondicionalmente al Gobierno en todos aquellos trabajos que se requieran para la guerra.

c) Educar y reeducar a los mutilados en el aspecto físico y cultural.

El Comité Nacional de la Liga está en este momento en Valencia. Conforme a una información por parte del camarada Secretario Organizador, la Liga tiene 1.700 afiliados que contribuyen con sus cuotas regularmente. Existen tarjetas registrando las fichas de los miembros, información si pueden leer y escribir, etc. A continuación sigue una nota: «Amputación o invalidez» y «Observaciones». Estas notas serían, es claro, las más importantes como base de la reeducación si... ¡fueran exactas! Pero, desgraciadamente, son tomadas hasta ahora sin exactitud médica, por falta de médicos ayudantes. Por eso no son suficientes para la estadística tan necesaria de las distintas mutilaciones.

Quisiera recomendar para el porvenir el anotar las mutilaciones (en la Liga y en otros servicios médicos) utilizando el cuadro de Remy, que separa siete clases:

1. Amputación.
2. Anquilosis.
3. Deformidad.
4. Acortamiento.
5. Parálisis.
6. Seudoartrosis.
7. Atrofia muscular.

Cada uno de los casos tendría que ser determinado en sus detalles: Si es amputado del brazo o de la mano derecha o izquierda, dónde hay una anquilosis, qué extremidad está acortada y cuántos centímetros, etc., etc.

Me parece lo mejor crear un pequeño comité de expertos para preparar un cuestionario que pueda formar la base para la provisión técnico-ortopédica. En primer lugar, para obtener una base para el cálculo financiero del proyecto de la reeducación. No nos engañemos: El problema es enorme y se aumenta de día en día; por eso reclama la mayor meditación.

Aun debemos decir que la solución del problema de los mutilados no será posible sin la ayuda de la solidaridad internacional, por falta de experiencia técnica en nuestro país. Pero esta solidaridad nos ayudará. La condición más importante para movilizar la experiencia extranjera en nuestro favor será crear tan pronto como sea posible una base al menos aproximativa, respecto: primero, al número de los mutilados de clases distintas, y segundo, respecto a las posibilidades técnicas que tenemos o podemos crear para aprovisionarlos nosotros mismos.

En último lugar, se demostrará, como consecuencia, qué es lo que falta y qué es lo que precisamos. Esto último tendrá que ser tarea de la solidaridad internacional cumpliendo esta obra de humanidad.

Sobre los Hospitales de Campaña de los Cuerpos de Ejército

POR P. RODRIGUEZ-PEREZ

Cada nuevo combate es un vivero de enseñanzas para los médicos militares. A veces el resultado de las experiencias coincide de una manera precisa con los resultados de experiencias de guerras pasadas, y esto hace elevar considerablemente el valor de las conclusiones. Tal sucede en algunos aspectos con el problema que encabeza estas líneas. Los Ejércitos francés y alemán tuvieron sus Hospitales de Campaña divisionarios y de Cuerpo de Ejército en un principio de la gran guerra con caracteres de movilidad grandes, formando un todo indisoluble con la gran Unidad de que formaban parte. Así, el paso a la reserva de un Cuerpo de Ejército llevaba consigo el transporte de un Hospital propio, y, al contrario, la incorporación de un nuevo refuerzo trae a la vez el Hospital propio de la nueva Unidad. En la guerra de posiciones estos cambios esporádicos no significaban en realidad un problema de envergadura. Es en la guerra de movimientos, en el frente oriental alemán, sobre todo, cuando el cambio frecuente de Unidades hizo que este tejer y destejer de Hospitales, este desmontar en un punto un centro sanitario de una Unidad relevada para instalar en el mismo sitio y al día siguiente otro centro semejante, adquiriese carta de naturaleza y se convirtiese en una preocupación de los mandos. Por un lado, la eficacia de la labor sanitaria tenía forzosamente que resentirse con las soluciones de continuidad inevitables; por otro, el gasto de material de transporte innecesario tampoco era un problema despreciable. Así, aquellos «hospitales móviles», propiedad de las Unidades móviles y adscritos a la misma, fueron perdiendo el carácter de tales hasta convertirse en «Hospitales fijos», propiedad de grandes Unidades no móviles y adscritos al terreno. De esta forma, en determinada zona de un Ejército existían no importa qué número de Hospitales de Campaña estratégicamente colocados, que se situaban lógicamente bajo el control de la Unidad que en aquel momento existiese en línea, pero sin carácter de propiedad. A la marcha de la Unidad el Hospital quedaba íntegro con su personal, que pasaba a depender accidentalmente de la Unidad de relevo. Continuidad en la labor sanitaria, ahorro de material de transporte y del mismo material sanitario, que no tenía por qué resentirse en los continuos traslados, fueron los resultados que pronto dejaron sentirse; y de esta forma, en la última etapa de la guerra mundial, la mayor parte de los Hospitales de Campaña tenían el carácter de «fijos».

Algo de esto podríamos repetir nosotros de nuestra experiencia propia. En los frentes de posiciones no hay problema, pero en los puntos en donde hay guerra de movimiento, ¿no sería preferible crear Hospitales de Campaña «fijos» en lugares convenientes que funcionarían alternativamente con tal o cual Unidad? Pregunta es esta que dirigimos precisamente a los Jefes de Sanidad de Cuerpo de Ejército, ya que a nuestro parecer es precisamente el criterio de propiedad de algunos o, si se quiere, el cariño que se tiene a lo que tanto tiempo se ha llevado consigo, lo que dificulta la realización de ese algo que redunda en beneficio de todos.

Biblioteca Nacional de España

BUZON

Hemos recibido de la Sección de Higiene de la Sanidad del Centro una carta, que a continuación reproducimos casi íntegramente :

«En el número 6 de la Revista LA VOZ DE LA SANIDAD del Ejército de Maniobra leo una referencia a la pelagra y el ácido nicotínico como noticia que puede ser de importancia, publicada en el *Journal* de la Sociedad Médica de los Estados Unidos el día 22 de enero de 1938.

Sobre este asunto llevamos ya cinco meses realizando estudios en este Ejército. Se ha empleado el nicotínico con excelente resultado, y ahora, por iniciativa de la Sección, se están llevando a cabo diversas prácticas en el laboratorio de la Universidad por personal adscrito a este servicio, encaminadas a lograr la obtención del nicotínico por medio de los aceites de anilina de la destilación de la hulla.

Confío que en breve podremos incluso suministraros nicotínico para los fines que nos interesan. Así, pues, te agradecería que cuando hicieseis referencia a este asunto indiquéis los trabajos realizados a este respecto por el Ejército del Centro, como dato, a mi entender, interesante y demostrativo del interés con que Sanidad Militar estudia y busca solución a los conflictos de orden propio.»

Somos los primeros en congratularnos por el entusiasmo y el bien orientado trabajo que llevan a cabo nuestros camaradas del Centro. Y su carta encierra, además, para todos una enseñanza : Por las causas que sea, el hecho es que no hay aún entre los diversos grupos sanitarios de nuestro Ejército un contacto auténtico, una unidad de trabajo. La carta de nuestros compañeros lo demuestra cumplidamente : desconocíamos hasta ahora la labor que venían realizando desde hace cinco meses y de que nos hablan.

Suponemos en ellos el mismo deseo de colaboración que a todos nos anima. Reciban, pues, con nuestra felicitación efusiva por su labor, la expresión de nuestro deseo de un contacto eficaz. Nosotros y nuestro periódico estamos a su disposición para ello.

M. H., Médico.—Por cierto, camarada, que tus iniciales o pseudoiniciales coinciden con las de un buen y asiduo colaborador nuestro. En este número precisamente publicamos cosas de él. No veas en esta introducción ningún género de aseveración capciosa, tal como que nosotros supongamos, por ejemplo, que tú y él sois una sola persona. Le conocemos bien y sabemos que no es el hombre misterioso que ha llegado disfrazado a nuestro Buzón. Señalar la coincidencia solamente, más con vistas a la posible tercera persona que lea y pueda confundirse que por otra cosa. Este ha sido nuestro objeto.

Reclamas de nosotros «la misma espontaneidad» de nuestra contestación en el número anterior al Doctor A. N. Quizá entonces nuestro tono fué duro excesivamente, y no el que más hacía esperar una asidua colaboración al Buzón. Pero nosotros tenemos ciertos rasgos muy impolíticos a veces, y empezamos nuestro Buzón con una sinceridad casi brutal. Parece ser que el procedimiento ofrece resultados positivos ; por ello, y complaciendo tus deseos, nuestra contestación a tu carta será también sincera.

Tu carta ha sido escrita por un hombre inteligente, cosa que sabes tú tan bien o mejor que nosotros. Un hombre inteligente no muy autodisciplinado quizá.

Cuando no se trabaja bajo una disciplina física se trabaja bajo la disciplina de una moral. Nuestra moral—a juzgar por lo poco que se puede comparar por la lectura de unas líneas que nos manda una personalidad absolutamente desconocida—es opuesta a la tuya. En los «Temas bizarros» que nos escribes hay estas palabras :

«Y ahora que quisiera enviar con regularidad alguna «cosilla» a LA VOZ DE LA SANIDAD», me encuentro con que, por más que lo pienso, no hallo tema que sea de mi agrado ; que les pueda interesar a los demás ; que esté en relación con mis actividades en el momento actual.

Conste que, para encontrar el tema idóneo que me satisfaciese por completo, sería fundamental que llenase las tres condiciones expresadas ; imprescindibles, desde luego, las dos primeras...».

Con arreglo a nuestra moral o autodisciplina—como quieras—hubiésemos invertido el orden de las condiciones y declarado imprescindible la tercera Con ello la sensación psicológica que nos dan tus líneas—la del antifascista que aún arrastra el viejo estilo de trabajo, la del hombre que todavía juega a trabajar—se hubiese sustituído por la sensación segura de un hombre poseído de la nueva moral, de un hombre que no juega a escribir, sino que escribe cuándo y de lo que *cree necesario*, no de lo que le gusta.

Nos pides consejo, pauta o polémica. Esta es nuestra pauta : El sentido del deber, de lo necesario, es lo primero. Y en la guerra mucho más. No es una imposibilidad la de hombres que procedan así ; forman hoy una numerosa realidad.

Nos pides, además, orientación para tu colaboración futura. Tú mismo puedes comprender que nosotros no podemos hacer en esto gran cosa, puesto que ignoramos concretamente tu trabajo, tus experiencias y tus opiniones. Nadie mejor que tú para saber sobre qué puedes escribir. Naturalmente, tú sabes que puedes escribir muchas páginas profundamente ligeras y nada técnicas, como los «Temas bizarros». Pero, sin negar la posibilidad de una colaboración interesante en tal sentido, suponemos que te das cuenta de que no se trata de eso exactamente. Con arreglo a tus conocimientos y a las circunstancias que te rodean y, sobre todo, creando en ti la moral de lo necesario, tú puedes escribir, y sabes mejor que nosotros sobre qué. Ahora bien : Pudiera ser que tu carácter no te permitiera—momentáneamente, al menos—un tipo de colaboración así. En la Revista tienes entonces una sección con la que quizás congenien tus posibilidades : La de las crónicas o cuentos sanitarios. Este es el consejo que nos pides. No podemos deducir más de tu comunicación.

Estamos siempre dispuestos a polemizar, con tal de que la polémica no se desorbitase con exceso de la línea de nuestra Revista. Y estamos de completo acuerdo con las aseveraciones que sobre aquélla haces.

Y ahora, camarada, salud Quedamos muy complacidos por tu carta.

BIBLIOGRAFIA

La organización del servicio médico en caso de bombardeos aéreos.
Por el coronel *E. M. Cowell.*

La organización del servicio médico en caso de bombardeo aéreo fué el tema de un discurso del Coronel E. M. Cowell *en la Sociedad Real de Medicina en Londres el día* 11 *de abril de* 1938.

El orador explicó que su experiencia se fundaba en el trabajo en un Puesto de Socorro en Francia durante tres años y medio de la guerra mundial y, además, en el trabajo como jefe del servicio antiaéreo de la Cruz Roja en la provincia inglesa de Surrey durante cuatro años. Cowell *mostró carteles antiaéreos de la Unión Soviética y mencionó los Puestos de Socorro afiliados al metro de París y a las doscientas estaciones de la policía de Berlín. Varias novedades—dijo—ha demostrado también la guerra en España.*

Desde el punto de vista militar, explicó el orador que una formación de treinta y seis aviones atacando una ciudad y soltando una tonelada de bombas sobre un territorio de 30.000 *a* 50.000 *millas inglesas cuadradas, harían cerca de mil víctimas por noche y cerca de* 2.700 *víctimas por día. La relación entre muertos y heridos variaría desde* 1 : 1 *hasta* 1 : 2 ; *y entre éstos, los que podrían moverse por su pie serían dobles en número a los que tendrían que tumbarse.*

Para la defensa pasiva sería necesario instruir una persona de cada treinta de la población, y particularmente, para el servicio médico, una de cada cincuenta. Sería menester asegurar la ayuda

Biblioteca Nacional de España

de un médico por cada veinticinco personas de este servicio médico. Dentistas y estudiantes de medicina podrían ayudar como expertos en la anestesia y como ayudantes a los cirujanos.

El Coronel Cowell *mencionó después el equipo de las formaciones de ayuda con camillas, con mantas impermeables, instrumentos y material de vendaje para primera ayuda, linternas e instrumental para respiración artificial. Sería necesario absolutamente instruir todos los médicos y estudiantes de la Medicina respecto al tratamiento anti-gás.*

Los Puestos de Socorro tendrían que ser capaces para el tratamiento de 300 pacientes, 200 paseando y 100 tumbados, con un personal de 50, entre ellos 25 enfermeras. Las unidades médicas deberían ser camufladas. Y los Hospitales antiaéreos, provistos con un personal de 80, para 150 casos guardando cama.

El Dr. Dobbie, *del Ayuntamiento de Londres, anunció que sería necesario establecer los Puestos de Socorro y Hospitales de ayuda antiaérea en los alrededores de la ciudad, respectivamente, en los campos turísticos y deportivos. El Capitán* Siroan Marshall *describió una tienda antigás de material impermeable con un pequeño aparato de oxígeno.*

Utilización de presión en el tratamiento de los Hemorroides y del prolapsus ani. Por *E. F. St. John Lyburn.* Lancet. Londres, 15 de enero de 1938, p. 141.

El resultado de las inyecciones para producir esclerosis puede ser mejorado en el tratamiento de los hemorroides aplicando una presión sobre el distrito tratado. La inserción en el anus de una pieza de madera dura modelada de forma que queda fija en su posición, causará por su presión una retención de la sangre del distrito hemorroidal. Si el tono y la contractibilidad del sphincter ani se disminuye, puede ser aumentado el diámetro del "supositorio" de madera. La inserción se hace sin dolor utilizando un poco de vaselina.

L. T. M. Castleden: **Pirexia artificial en el tratamiento médico.** Practitioner, Londres. Marzo de 1938, pág. 285.

La expresión "Pirexia" significa el aumento de la calentura ayudando el mecanismo de defensa del cuerpo. La pirexia mata o disminuye la virulencia de los micro-organismos. Se dice que bajo la influencia de la pirexia, aglutininas y bacteriolisinas son producidas de modo más rápido y abundante. Se produce una leucocitosis polinuclear; la velocidad de sedimentación y la presión de la sangre disminuyen y todos los procesos del metabolismo somático se aceleran.

El autor propone como mejor el tratamiento con proteínas no específicas; utiliza también la vacuna T. A. B. en aplicación intravenosa desde cincuenta hasta trescientos millones con intervalos semanales. La mejor manera de aplicación parece ser dar una mitad de la dosis para provocar el aumento de la temperatura, y la otra si la calentura empieza a aumentarse. Este tratamiento se recomienda en casos de artritis crónica, de esclerosis diseminada y de asma.

Contraindicaciones al tratamiento con pirexia son, según la experiencia de Shepherd (1937), *cianosis y edema pulmonar, pulsación más de 150, respiración más de 40, urea sanguínea de más de 70 mgr. p. 100 ccm.; además, alcoholismo crónico y tiriotoxicosis; también los casos en que la resistencia física se ha debilitado.*

En todo caso el tratamiento debe ser cortado inmediatamente si se establece una taquicardia. El valor de la pirexia en el tratamiento de la sífilis y de las infecciones gonorroicas es indudable. En los casos de otras enfermedades no tenemos suficiente experiencia aún.

D. Stevenson: **La vitamina B_1 en el tratamiento de la neuritis.** «Practitioner», Londres. Marzo de 1938, pág. 301.

Recordando el cuadro de las vitaminas del Dr. Grande, *publicado como suplemento núm. 1 en el núm. 5 de nuestro periódico, sabemos que la vitamina B no corresponde a una unidad química. Respecto a la separación entre B1, B2 y B3, el artículo de* Stevenson *trata de las relaciones entre la falta de la vitamina B1 y la neuritis. Sus conclusiones son: la vitamina B1 mejora a menudo los casos de neuritis, que sin la administración de la cual tendrían un curso crónico. Este tratamiento es útil también en los casos de debilidad general, falta de apetito o trastornos de la digestión. El tratamiento de la neuritis se mejora con la combinación con algunas formas de fisioterapia. Se recomienda administrar diariamente inyecciones de 1 mgr. durante el transcurso de dos o tres semanas.*

La vitamina C y su efecto diurético. Por *W. Evans.* Lancet. Londres, 5 de febrero de 1938, p. 308.

El tratamiento del corazón en ocho casos con Vitamina C en forma de Redoxon mostró que el aumento diurético era mayor que utilizando digitalis, pero el mejoramiento clínico no era adecuado.

Controlando un período de 173 días se halló que el efecto diurético de la vitamina C era mayor que con digitalis, pero menor que con theobromina, diuretina y cloruro amónico.

«REVISTA DE SANIDAD DE GUERRA», NÚMS. 11-12 Marzo-Abril de 1938

Harcourt, Folch Pi y Bofill: **Contribución al estudio de los trastornos tróficos de las extremidades por enfriamiento.**

Publicamos a continuación el resumen de la citada comunicación, publicado al fin de la misma en la Revista de Sanidad de Guerra, *núm.* 11-12:

"Los autores estudian la clínica, la anatomía patológica y la terapéutica de los lesionados en ocasión de la ofensiva de Teruel (diciembre-enero de 1938), deduciendo de ella consideraciones sobre la patogenia. El número global de casos es alrededor de 500, de los que han sido estudiados 102 en detalle. El número reducido de atacados, en proporción al de combatientes, no se explica por consideraciones relacionadas con constitución, abrigos, calzado, alcoholismo, tabaquismo, régimen de vida, ni infecciones—lues, t. exantemático, grupo coli-tífico—. Ni la clínica ni el resultado de los estudios de laboratorio (metabolismo, grupo sanguíneo, velocidad de sedimentación, fórmula leucocitaria, pruebas de tono vegetativo, estudio de la sensibilidad cutánea a alergenos tabáquicos) permiten admitir la existencia de factores predisponentes netos.

Clínicamente se distinguen tres tipos principales (después de primera etapa común de edema doloroso con desaparición de pulso en arterias periféricas): los de distribución vascular típica, los de decúbito y los extensos semejando quemaduras de segundo grado con grandes flictenas.

Anatomopatológicamente es manifiesta la participación de capilares (trombosis) y de arteriolas (lesiones precoces de íntima y media, ver preparaciones) en fase muy precoz del proceso.

El estudio de las temperaturas locales y de sus modificaciones por la prueba de Brown *a la vacuna antitífica por vía endovenosa permite admitir el papel jugado por el espasmo vascular influenciado por el simpático; este hecho conduce a la conclusión terapéutica de las simpaticectomías en sus diversas formas (ganglliectomías lumbares, simpaticectomías periarteriales, arteriectomías) que son efectuadas en distintos casos con éxito manifiesto. La distinta evolución del lado operado y del intacto permiten atribuir dicho éxito a la supresión del arco reflejo determinante de la espasticidad que sería la causa última de la mala calidad de la nutrición tisular con todas sus consecuencias.*

La impresión deducida del estudio de los casos estudiados es la necesidad de intervenir quirúrgicamente con bloqueos médicos o quirúrgicos del simpático en fase todo lo precoz posible, y la individualidad del cuadro clínico observado, netamente distinto del conocido "pie de trinchera" descrito durante la gran guerra."

E. Mira: **La higiene mental del combatiente.**

Publicación y análisis de unos cuestionarios interesantes destinados a valorar el grado de inteligencia, la actitud afectiva y el grado de predisposición psicopática. Además, a lo largo de todo él queda reflejada la mayor o menor identificación del sujeto con la lucha.

V. Goyanes Alvarez: **La Transfusión de Sangre en el sector Centro.**

El autor trata la clasificación y análisis de los grupos sanguíneos en relación con las regiones españolas, la relación existente entre la sífilis y los grupos sanguíneos (un claro predominio de los sujetos sifilíticos en el grupo B), y la influencia de ciertos caracteres somáticos en relación con los grupos sanguíneos (entre los rubios predomina el grupo O sobre el A, mientras que estos grupos se hallan casi igualados en los morenos). Observaciones importantes respecto al receptor y a la técnica de la transfusión. Estadística de las indicaciones.

Juan Naves: **Inmovilización provisional.**

Artículo ilustrado con sugestiones prácticas sobre la manera de doblar y colocar la férula de Cramer.

M. H.

Biblioteca Nacional de España

CRONICAS SANITARIAS

EL CAMILLERO

Recogemos el primer premio de crónicas en el concurso celebrado hace poco por "Vanguardia", nuestro fraternal colega del Ejército de Levante.

Nuestra crónica Sanitaria la escribe hoy un soldado de Infantería, un soldado que se ha percatado de la labor del camillero, y que se identifica desde la base cruda de su trinchera con todo el ritmo de atención que, de la trinchera para arriba, el mando militar posee y debe poseer hacia la Sanidad.

Estoy en mi chabola calentándome al amor de unas pobres ascuas. Sopla el viento afuera, mejor dicho, aúlla. He salido de guardia en P. C. y me dispongo a dormir, cuando la voz de un enlace atraviesa la puerta de ramaje entrelazado, anunciando: «De parte del Comandante que vayas al Puesto de Mando».

Yo soy disciplinado. Tengo a gala el ser el más disciplinado componente de mi batallón, pero si he de ser franco he de decir que solté un gruñido de desagrado. ¡Se estaba tan bien allí! Descolgué mi fusil del clavo que para él tengo asignado y me puse las cartucheras. El aire, en tromba, enfilaba la cañada que yo tenía que atravesar. Parecía tener prisa. Seguramente al viento le urgía llegar esta noche a parajes más cálidos.

Dióme el Comandante una orden para cada Capitán de Compañía. Me he olvidado decir que soy Cabo de gastadores, y casi casi me atrevería a afirmar que soy el hombre de confianza del Mando.

Antes de un cuarto de hora volvían las órdenes firmadas con el «enterado», y el campamento comenzó a agitarse ya como una colmena irritada.

Son las dos treinta de la madrugada de un día de otoño. A las tres ya estaba todo dispuesto; las compañías formadas; los mulos, con sus bastes, se pierden en la obscuridad allá a lo lejos en la parte más estrecha del barranco. ¡Cómo quería yo a mi batallón!

Va el Comandante de aquí para allá dando órdenes. Y yo con él. Ya había él hablado con los Oficiales y cada uno estaba en su puesto.

La voz del Comisario corta la noche. Se agrupa la gente en lo posible a su alrededor. Es ahora su voz seca, tajante. No acaricia como cuando nos habla del trabajo en nuestras campiñas verdes, de nuestras huertanas libres, de las escuelas con jardín, que construiremos para los niños al triunfar el pueblo en esta guerra...

Es dura su voz: «¡Camaradas!, vamos a operar. Vamos a demostrar al mundo cómo ataca, lucha y vence el Ejército de la República Española. El enemigo es fuerte, lo sabéis; está ahí, frente a nosotros, y hemos de desalojarlo. ¿Comprendéis? ¡Hemos de echarle a patadas...!

Es preciso que nadie titubee. Cuando se dé una orden, ¡ni un segundo de vacilación en su cumplimiento! Ha dispuesto el Comandante que al salir de esta cañada se adopte el orden de aproximación, ¿comprendéis? Que nadie fume, que nadie hable, que nadie se retrase. Conocemos nuestra obligación, Oficiales, Comisarios y soldados: ¡adelante y que cada uno cumpla con su deber!».

El espinazo del Batallón se ha estremecido como sacudido por un escalofrío. Poco a poco se pone en marcha la Unidad, que asciende lentamente barranco arriba. Parece una descomunal culebra en sus movimientos...

Voy en cabeza con el Comandante y el Comisario. Voy orgulloso.

En la noche ha saltado alegre una chispita amarilla. El Delegado Político de Compañía corre y la luz desaparece. Era un soldado impaciente que no podía contener sus ganas de fumar...

Comienza a llover. El agua, fina y fría, agua metálica, se me va escurriendo cogote abajo hasta llegar al ombligo. El cinto, allí, momentáneamente la detiene. Un cuarto de hora más de marcha y amanece.

Las lomas peladas y calvas que nos rodean van pasando poco a poco del color verdinegro al lechoso y gris. Mengua la lluvia, pero arrecia el frío. Los pies me pesan como bloques de mármol, pero camino contento. Miro atrás y veo a los soldados animosos empuñar el fusil, mirando fijo ante nosotros. ¿Qué pasa?, me pregunto. La respuesta me la da la voz de *alto*, pronunciada por el Jefe. Alto, alto, alto, se repite como un susurro en las compañías...

Frente a nosotros, con la cabellera rizada que forman los pinos a media ladera, se levanta un monte de regular altura, cuyos contornos la débil luz matinal aun no concreta.

A la voz de los oficiales se difumina la gente en un bosquecillo, tras los setos, en las vaguadas. Mira el Comandante el reloj y habla con el Comisario. Son las seis. Yo sigo atento. Pronto comenzará la artillería, digo para mí. Observo a los soldados que están a mi alrededor y veo el odio reflejado en su curtido rostro. Sus manos laboriosas, fuertes, de hombre, que antaño empuñaban—trabajando por la paz—el azadón o la escarpa, empuñan corajudas y orgullosas, por la misma razón, el fusil...

La tierra está muda. En el aire ni el roce de un sonido.

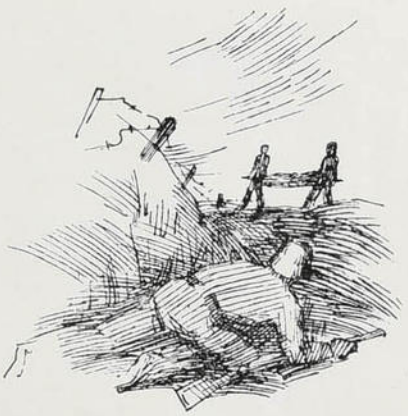
De repente, allá en lo lejos, suena hondo un estampido. Al instante, sobre nuestras cabezas, pasa ronco y desafiador un proyectil; en la misma cresta del monte, sobre los mismos parapetos enemigos, que ahora sí se distinguen, estalla rabioso, cortando alambres y piquetas, despanzurrando sacos terreros y arrancando un grito de admiración del pecho de nuestros soldados.

—¡Bravo tiro! ¡Es el abuelo!—exclaman, refiriéndose a la pieza que ha disparado, que es un «quince y medio», veterano de cien batallas encarnizadas.

Pasan a montones silbando los proyectiles. El aire cruje. Se viste de rojo la mañana. Como peleles, grotescos y deformes, vuelan hacia el espacio en infernal revoltijo los hombres, los palos, los sacos terreros y las armas. Aquello es una lluvia de acero y fuego la que se les ha venido encima.

Se ve a los «fachis» correr desorientados. Parecen ratas buscando en vano una salida en su alcantarilla inundada.

Surge de pronto, dominando todos los ruidos, un nuevo murmullo. Parte del bosque. Poco a poco se convierte en un clamor inconfundible, mayestático y sereno. A su aliento se levantan los hombres y parten decididos hacia la cima. Van en oleadas. Y cantan y cantan, desafiando la muerte en ibérico desprecio de la vida. ¡Arriba los pobres del mundo...! ¡Arriba los pobres del mundo!, repiten los montes con su eco. ¡Arriba los pobres del mundo!, insisten quinientos pechos juveniles, corriendo ladera arriba en busca de la gloria o de la muerte.



Hasta los pájaros parecen haber comprendido el lenguaje de solidaridad y suben, suben sin detenerse.

Biblioteca Nacional de España

La emoción me ha atornillado la garganta. No puedo tragar. Mis fauces están secas. Las lágrimas que para contemplar el espectáculo de maravillosa hombría se asoman a mis ojos, mueren contentas ya, resbalando en busca de la tierra.

El enemigo se ha repuesto un poco. Un rocío de balas cae apretado a nuestro alrededor. Millares de aguijones de acero se clavan, ciegos, en el aire, en la tierra, en los árboles, en algún cuerpo de luchador. Nacen las camillas blancas sobre un paisaje en el que se suceden las explosiones. Sereno, pistola en mano, el Comisario asciende y aconseja subir. El Comandante está hecho un bloque, plantado, impasible en medio de unos rastrojos. Aquí y allá estallan rabiosos unos cuantos morterazos. Salgo a rastras para llegar hasta el Jefe. No se detienen los camilleros en su penosa labor. Junto a mí pasan, llevando un capitán, y oigo que les dice: «no es nada, camaradas; me ha arrancado medio hombro la metralla. ¡Pero mis hombres serán los primeros en llegar!».

Me levanto avergonzado. ¿Qué hago yo a rastras si los camilleros, con su preciosa carga, caminan erguidos?

Cuando estoy junto al Comandante, éste grita: ¡cuerpo a tierra! Uno, dos, tres, cuatro..., veinte morterazos cuento.

Siega la metralla el aire. Frente a nosotros, un portador suelta instantáneamente la camilla. En su muñeca se ha abierto un grifo de sangre roja, que salta joven, salpicándome el rostro. Al verse herido exclama con ira, dirigiéndose a su compañero:

—Y ahora, ¿quién te ayudará a bajar los heridos?

MANUEL TORRECILLA

Los sanitarios dicen...

La Sanidad es un 50 por ciento de Higiene

Mucho se ha escrito y se ha dicho durante la guerra sobre higiene. Pero nunca el reflejo que diera en la realidad la realización perfecta de este tema ofreció su nota destacada. La Sanidad de guerra y la Sanidad de paz tienen su paralelismo en los principios básicos de higiene. Son carne y hueso que deben ir ligados si quieren tener vida.

Nosotros, los sanitarios, interpretamos un papel principal en esta parte de la Sanidad. La higienización de nuestra vivienda en el frente y en la retaguardia no precisa una dirección técnica. Estamos ya lo bastante capacitados para poder cumplir esta misión nuestra. Conocemos también los graves perjuicios que la falta de higiene puede acarrear a la humanidad, y que en tiempo de guerra ese peligro adquiere desproporcionados caracteres de nacimiento y contagio.

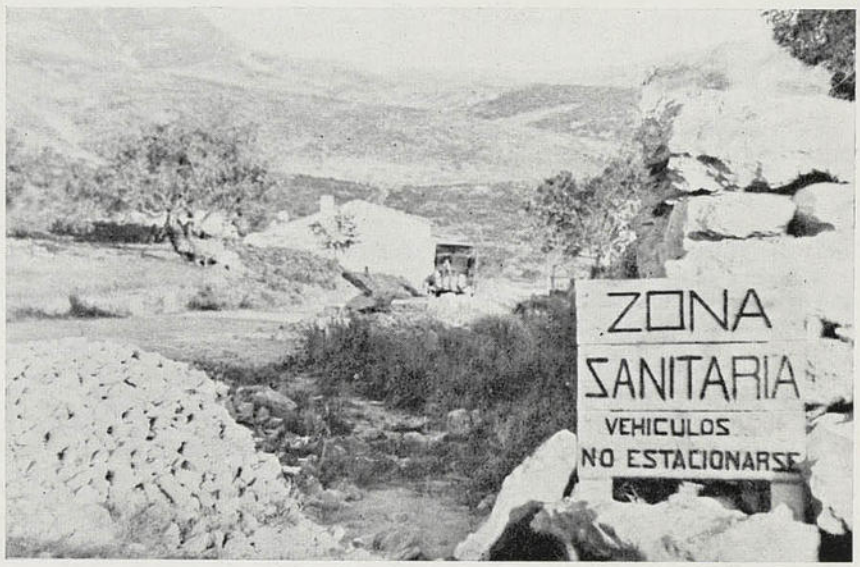
Empieza, pues, hoy mismo a inspeccionar tu trabajo. No dejes nunca sumidos en la poca importancia, que por lo general concedemos, aquellos pequeños detalles que muy pocas veces nos llegaron a preocupar.

Ahí tienes, sanitario de compañía, tus letrinas. Tú sólo eres el responsable si llegarán a convertirse en un foco de infección. ¡Desinféctalas a diario! ¡Tenlas limpias y tapadas! La limpieza de las trincheras, los depósitos de agua potable tapados y con el grifo cerrado, los consejos sanitarios a los soldados, tu aseo personal para que sirva de ejemplo, la propaganda entre la tropa de la conveniencia de la vacuna cuando llega el momento de la vacunación, de los tratamientos antipalúdicos, la ducha y el baño diario o con la mayor frecuencia, la limpieza en la ropa, la higiene bucal, etc., todo eso abarca el programa que te designa tu deber.

El sanitario, en sitio de acantonamiento, debe ser aún más celoso. Por lo general, son en estos lugares de retaguardia donde lo mismo el soldado que el sanitario prestan más atención a su higiene personal, pero, en cambio, abandonan más también la higiene de las cosas que los rodean. Es frecuente ver en estos sitios unos water sucios y unas habitaciones con el suelo empañado de polvo y desperdicios. El caso no tiene explicación ni el sanitario puede alegar una excusa que lo justifique. El sanitario que así obra olvida por completo su deber y abandona su obligación. Es como el soldado que abandona su puesto.

En la guerra—en vanguardia y en retaguardia—todos los deberes conducen a un mismo fin. La responsabilidad de tu trabajo como sanitario debes analizarla y comprenderla. No olvides que la higiene es el cauce de la Sanidad.

ROMUALDO ARENAS,
sanitario.



A la entrada de uno de nuestros Puestos de Clasificación se lee la siguiente acertada consigna: «Zona Sanitaria. Vehículos, no estacionarse»

NOTICIAS

La ayuda a España de la Central Sanitaria Internacional

El día 7 del actual tuvo lugar el acto de entrega de 25 ambulancias y seis tiendas de campaña para Hospital, que, con destino al Ejército Popular, han sido enviadas a nuestro país por la Central Sanitaria Internacional.

Hizo la entrega al General Miaja, por intermedio del Jefe de Sanidad de la Agrupación de Ejércitos, Dr. Herrera, el delegado de la Central en España, Guillermo Holst, acompañado de H. Nystron, Cónsul de Suecia y delegado del Comité de Ayuda a los Niños Españoles.

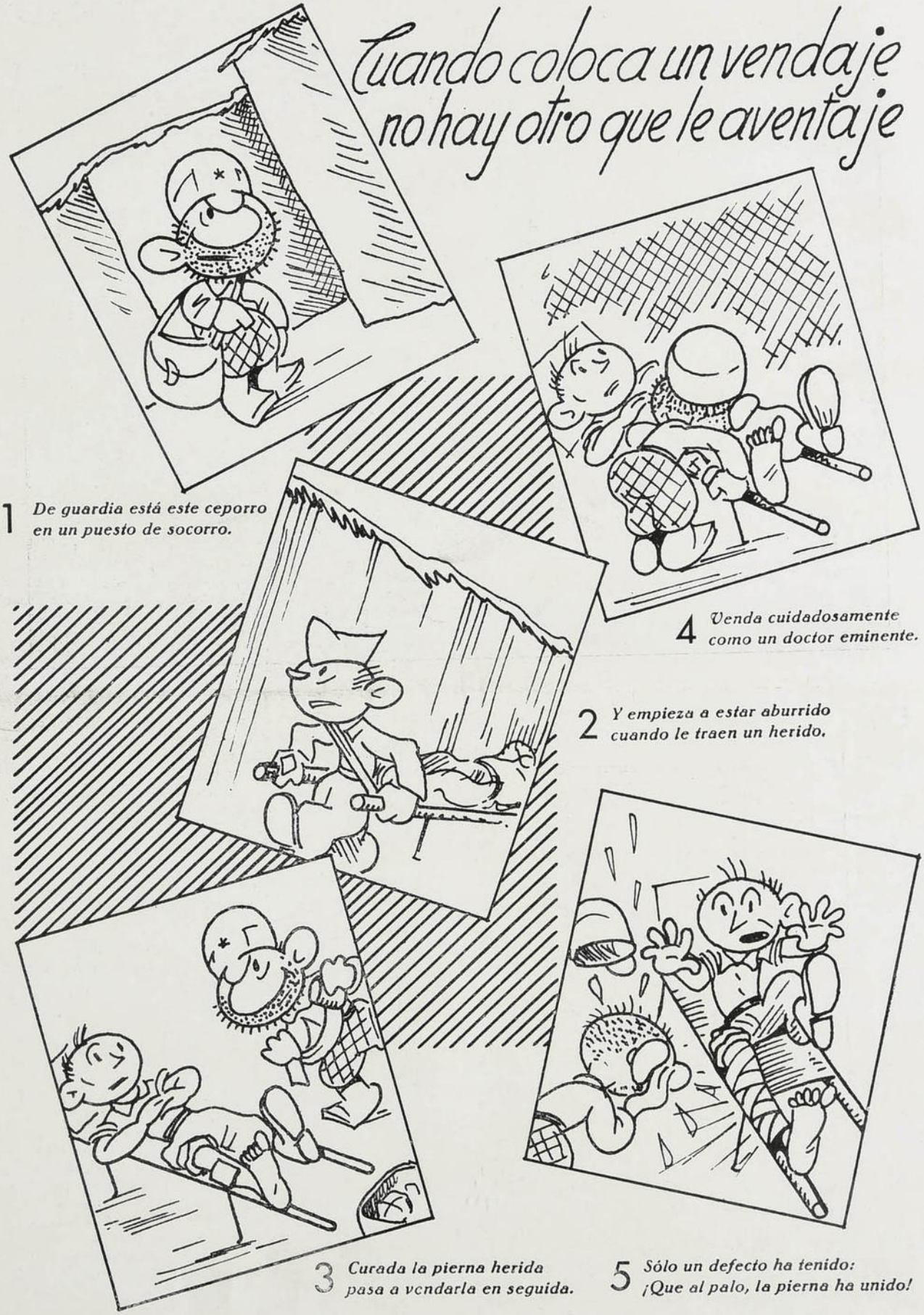
Enviamos desde estas líneas nuestro saludo y nuestro agradecimiento a la C. S. I. por la ayuda constante y eficaz que viene realizando a favor de la Sanidad republicana.

Congreso Internacional sanitario en París

El día 21 del corriente mes se celebrará en París un Congreso de la Central Sanitaria Internacional, al que asistirán delegados de los siguientes países: Suecia, Noruega, Inglaterra, Escocia, Canadá, Estados Unidos de América, Francia, Holanda, Bélgica, Suiza y Checoslovaquia. Esperamos de este Congreso, que con una diferencia de pocas fechas coincide con el segundo aniversario de nuestra lucha, un incremento de la ayuda sanitaria que el pueblo español recibe de la C. S. I.

Biblioteca Nacional de España

Cuando coloca un vendaje no hay otro que le aventaje



1 *De guardia está este ceporro en un puesto de socorro.*

2 *Y empieza a estar aburrido cuando le traen un herido.*

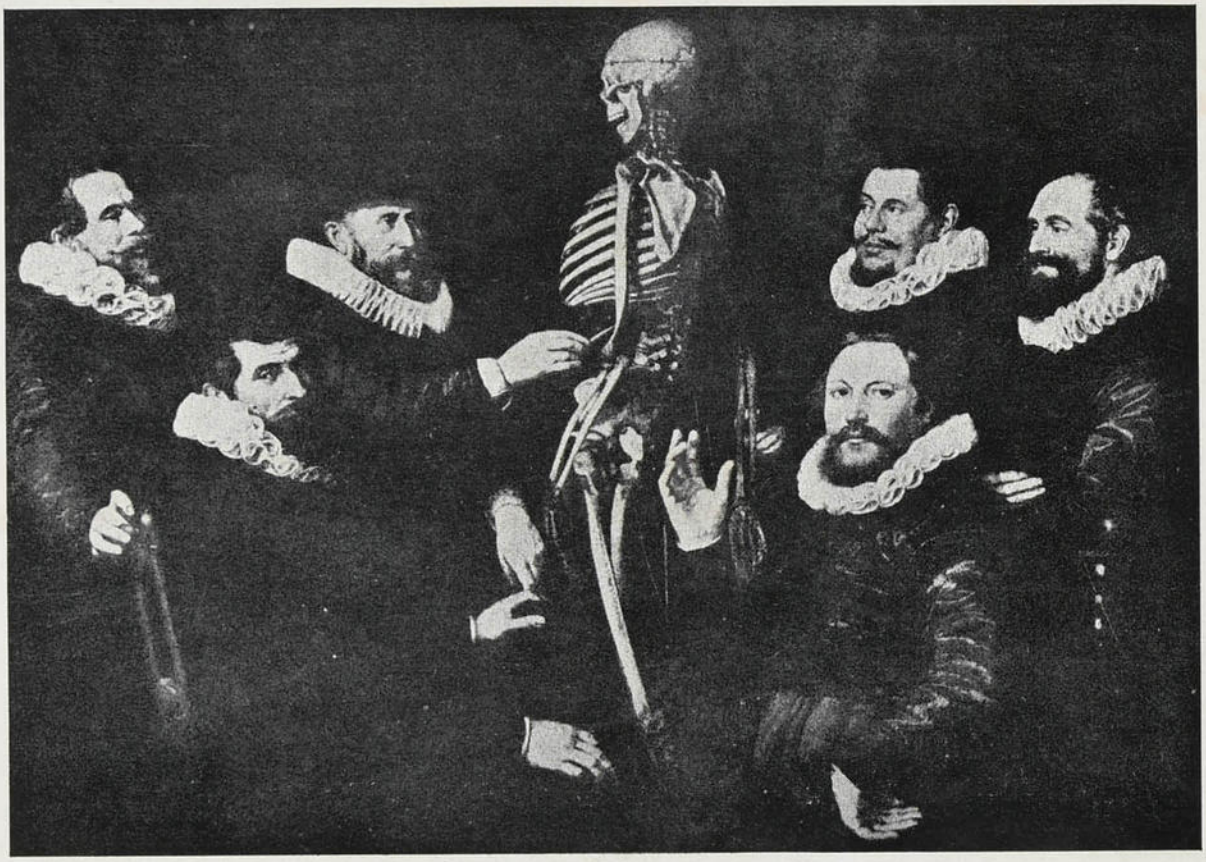
3 *Curada la pierna herida pasa a vendarla en seguida.*

4 *Venda cuidadosamente como un doctor eminente.*

5 *Sólo un defecto ha tenido: ¡Que al palo, la pierna ha unido!*

Biblioteca Nacional de España

DESCUBRIMIENTO DEL OPTIMISMO



ANATOMIA DEL DR. ÉGBERTS DE VRIJ. – TOMAS DE KÉYSER

DESDE la humanidad cavernaria hasta nuestros días, el hombre ha sentido en sí ese impulso superior y negativo a un tiempo que se llama la «alegría de vivir».

El optimismo... ¿Es realmente el optimismo la alegría de vivir?

Si esta es la chispa vital que el instinto de conservación regula, la podemos suponer, generalmente, en toda la escala animal. Y el optimismo será entonces la humana alegría de vivir, la alegría de la vida sentida en un plano superior de sensaciones y pensamientos.

Aquí hay seis médicos y un esqueleto optimistas en una lección optimista de anatomía. No le tienen miedo a la imagen de la muerte. Se ríen de la muerte y la muerte se ríe con ellos. La lección está resultando muy amena; en el fondo de ninguno de los seis cráneos—y menos en el séptimo, que está vacío—hay prisas por nada. Se pueden hacer chistes y mirar sencillamente a la luz como una mariposa aturdida. ¡La alegría de vivir!

El doctor explica los huesos. Y divaga frecuentemente, porque hasta los huesos son un excelente motivo de divagación. Y como note que, al empujarle con la batuta, el esqueleto simula bailar y descuajaringarse, pasa en su continuo divagar del plano de las ideas al de los hechos y se entretiene, con la sonrisa aprobatoria de los demás, en hacer cosquillas al esqueleto, que parece reir y deshacerse de gusto. Cada cual se siente valiente entonces ante la imagen de la muerte, que baila mofándose de sí misma en medio de ellos, y que ellos sienten sin temblar escondida e idéntica bajo su piel. Cada uno tiene el ridículo gesto moral de considerar su propio esqueleto sin miedo, mecidos en la serenidad de la digestión. ¡El optimismo!

Ni que decir tiene que estos buenos burgueses han comido bien, lo que suele dar una gran ecuanimidad para pensar en esqueletos y cosas parecidas. Además son médicos, y de aquellos que, a fuerza de insensibilizarse ante el dolor ajeno, acaban por asesinar a sus pacientes impunemente y sonriendo. No es extraño, por tanto, que el optimismo tome en ellos un carácter antipático y siniestro de impulso irrazonado y perdido, producido por una humanidad inconsciente e injusta.

Hay entre estos seis irresponsables un tipo finchado que no sonríe. Lanza su gesto hipócrita hacia el público y procura convencernos de que todo lo que allí pasa es muy serio. Demasiado cobarde para divertirse sin reservas, prefiere el cómodo oficio de comediante. El es ahora, y será siempre, un preocupado por el buen parecer.

Pero le preferimos a sus compañeros. En su risible insinceridad y cobardía, en su miedo al «qué dirán» hay, al menos, un mínimo sentido de la responsabilidad.

*

Todavía encontramos entre nuestros médicos algunos descendientes por derecho propio de estos burgueses del siglo XVI. Aun hay en nuestras filas sanitarias optimistas irresponsables. Son idénticos. Les caracteriza la misma alegría casi animal de vivir, y, por lo general, un pesimismo de superficie frente a los aspectos colectivos del mundo actual. Tienen la misma sonrisa confiada, el mismo tono chistoso frente al esqueleto y, casi nos atrevemos a decir, la misma despreocupación política.

Y hay también los que se parecen al médico comediante, que no sienten ni comprenden nada, pero que se dan cuenta de que es necesario sentir y comprender, y lo aparentan.

Sin hacer caso de éstos, la mayoría de los médicos de nuestra Sanidad están descubriendo de nuevo el optimismo, un auténtico optimismo de hoy.

Urge redescubrirle—o descubrirle quizás por primera vez—. Hay en la alegría de vivir—esa alegría que el sistema nervioso

(Pasa a la página 7)

Tip. Moderna, Tel. 11062.–Valencia

Biblioteca Nacional de España