

LA VOZ

S U M A R I O

Algunas enseñanzas de las últimas operaciones, *Editorial*.—A nuestros caídos.—Los enlaces entre la sanidad y el mando militar, *Recadero*.—La estadística en las unidades de nuestro ejército durante los combates del 15 al 25 de febrero de 1938, *Puchol*.—Recuperación de los efectivos, *Rodríguez Pérez*.—Nuestros hombres.—La higiene es la fortificación de la sanidad.—Estadísticas sanitarias.—Algo acerca de las enfermerías de brigada.—Funciones del puesto de clasificación.—Sobre la organización de los hospitales de campaña, *Goryan*.—Necesidad de una clasificación de enfermos en combate.—Cirugía de vientre, *Dr. Madinaveitia*.—Recuperación, *Dr. Alzamora*.—Sobre los centros de instrucción y reservas sanitarios, *Rodríguez Pérez*.—Los sanitarios dicen...—El sacamuelas, *Buero*.

Pintura de T. Ronbouts. — Dibujos de Buero. — Historieta de López Rubio. — Fotografías de Hermann.

HE AQUÍ LOS RESTOS
DE UNA AMBULANCIA
DESTRUIDA POR LA AVIA-
CIÓN ENEMIGA (Frente de Teruel)



El documento gráfico que ofrecemos a nuestros lectores no refleja un hecho casual. El edificio que aparece al fondo de la foto era un hospital de campaña emplazado en un pueblecito alejado del frente; este hospital también fué destruido por sus bombas. No es la primera vez que sucede, ni desgraciadamente será la última. Son sus métodos; son los procedimientos fascistas, de los cuales tenemos ya una larga y dolorosa experiencia.

La barbarie de semejantes hechos intencionados no puede desmoralizarnos. Ante ellos se redobra el valor y la abnegación de todos nuestros hombres.

Para coadyuvar a dar fin cuanto antes a la bestialidad de ellos, y mitigar en parte las consecuencias de ésta, el alto ideal humanitario que anima nuestra sanidad de guerra engendra en nosotros un noble anhelo por dominar la técnica, por capacitarnos más y mejor.

de la SANIDAD

DEL EJERCITO DE MANIOBRA

AÑO I 10 DE MARZO DE 1938 NÚM. 2

ALGUNAS ENSEÑANZAS DE LAS ULTIMAS OPERACIONES

EL enemigo cada día muestra en mayor grado su bestialidad; no tiene ni consideraciones ni trabas morales. Para vencer está decidido a asesinar a la mitad del pueblo español, a destruir media España. No puede contar con el apoyo moral del pueblo; éste está con nosotros. No puede confiar en la ayuda de sus soldados; se encuentran a su lado sólo por la coacción. Los facciosos se apoyan, sobre todo, en la ayuda técnica del fascismo internacional.

Los invasores intentan compensar el fortalecimiento de nuestro Ejército Popular por medio de la guerra técnica brutal. Esto ha sido demostrado especialmente en las últimas operaciones. Pero sólo temporalmente puede alcanzar el enemigo una superioridad técnica. Las enormes posibilidades de nuestra industria de guerra, activada por la voluntad de victoria de muchos miles de obreros, no dejará que dure mucho tiempo la desigualdad técnica.

Pero no es bastante disponer de potentes medios de ataque. Hay que saber además paralizar los medios de ataque del enemigo, hacerlos inofensivos para nosotros, o bien esquivar su efecto.

(Pasa a la página 2)

De la teoría a la práctica

En el número anterior de LA VOZ DE LA SANIDAD apareció el artículo «Sobre el personal de los P. de C.».

A pesar de que lo escrito tenía su origen en firmes bases experimentales de viejos combates, no está de más que reseñemos los resultados de la aplicación práctica «a posteriori».

En los últimos combates en el Sector de Tuel ha habido ocasión de instalar un Puesto de Clasificación, ajustado exactamente a los conceptos que en cuanto a personal y distribución del mismo se vertieron en el artículo citado. Los resultados de la experiencia no pueden ser más halagadores, y nada habría que rectificar si el artículo hubiera de ser escrito después de esta nueva experiencia, es decir, habría que añadir la existencia de un internista en el P. de C., como ya se advierte en otro lugar de este número. Salvo este hecho, ratificamos una vez más los conceptos vertidos, que, con el nuevo bagaje experimental acumulado, suponen ya una tesis de las más firmes.

Publicaciones de Sanidad Militar

La guerra, el ajetreo constante, no impide en modo alguno una eficaz labor constructiva de recopilación. Así, la XI División ha publicado recientemente dos pequeños folletos: «El Camillero» y «El Médico de Batallón», donde de una manera concisa se vuelcan experiencias a gran precio pagadas. No es hora de crítica, y sólo queremos saludar con gran simpatía toda ansia de trabajo, todo anhelo de no descansar un momento en la estructuración definitiva de nuestra Sanidad. Los pequeños folletos de la XI División quieren contribuir a ésto, y esperamos que estimulen a las demás unidades. La Sanidad del Ejército del Pueblo tiene que salir de la experiencia de los hechos vividos, y todos, absolutamente todos los que tienen un caudal de experiencias, están en la obligación moral de comunicarlo.

Defectos los hay, los habrá seguramente en todas nuestras aportaciones, pero del conjunto, de la discusión constructiva, saldrán las bases definitivas, por experimentales, de nuestra Sanidad.

JUSTIFICACIÓN

En nuestro número anterior se han deslizado algunas erratas que el lector habrá sabido en todo momento subsanar. Sirva de explicación el hecho de que la mayor parte de los autores no han podido corregir las pruebas de sus artículos por encontrarse en puestos de combate. No quisimos retrasar la salida de nuestro primer número, y esperamos que todos comprenderán y justificarán, a la vez, los pequeños errores.

Mas queremos hablar también para el futuro. Es posible, porque rara vez los colaboradores todos podrán efectuar la corrección de las pruebas, que los errores se repitan. Vayan por delante nuestras excusas.

Médico, Sanitario:

LA VOZ DE LA SANIDAD

aspira a recoger fielmente
todos los aspectos de la
Sanidad de Campaña.

Las experiencias vividas en tu trabajo
diario deben ser difundidas desde nues-
tras páginas.

Colabora en LA VOZ DE LA SANIDAD

Redacción y Administración:

Plaza de la República, 3 — Teléfono 14922 — VALENCIA

El enorme lujo de aviación empleado en las últimas operaciones, hasta hoy no visto, ha hecho especialmente agudo el problema de la defensa antiaérea. Nuestro Mando militar, toda la prensa, concentran sus instrucciones y propaganda en el sentido de defensa antiaérea activa y pasiva.

Nosotros—la Sanidad—no debemos quedar tampoco relegados en este aspecto. La preparación de la defensa antiaérea activa no es misión nuestra. Pero sí debemos preocuparnos de la defensa pasiva. Nuestros métodos de trabajo deben estar al nivel técnico de la guerra; a nosotros está confiada la vida de nuestros combatientes heridos. Somos responsables de ellos, y por serlo tenemos el deber de *hacer* todo lo necesario y de *pedir* todos los medios para su defensa.

Hasta ahora ha sido natural utilizar los pueblos situados detrás de la línea de fuego para la instalación de nuestros hospitales de campaña. El pueblo más insignificante no ha sido despreciable para este fin, cuando hemos querido un hospital cercano al frente. La importancia estratégica de un pueblo, y con ello su situación más expuesta, no han constituido obstáculo alguno para nosotros. Conocíamos el peligro; no es ninguna novedad el hecho de que el enemigo bombardeara con preferencia la retaguardia indefensa. Más de un hospital ha sido ya víctima de la aviación enemiga. Pero no teníamos ninguna alternativa; mejor dicho, carecíamos de los medios para tenerla. Hemos instalado nuestros hospitales en los pueblos, y nuestros heridos, apenas salidos de la zona de lucha, se han despertado de la narcosis por las detonaciones de las bombas de aviación. La gran mayoría de nuestros cirujanos, enfermeras y sanitarios, se han mostrado dignos de admiración en estos momentos; han permanecido en sus puestos y han seguido con su trabajo.

Pero esto no puede seguir así. ¡La vida de nuestros heridos y nuestro personal, el material valioso, no deben ser expuestos innecesariamente!

Las luchas junto a Brunete fueron ya para nosotros una gran enseñanza, que consiguió también despertar la atención de los centros competentes. Ya entonces se levantó esta voz: No debemos ser expuestos por más tiempo a la arbitrariedad del enemigo. Debemos disponer de los medios necesarios para disminuir al mínimo el peligro de nuestros hospitales.

Muy poco ha sido realizado hasta ahora en esta dirección. Algunas tiendas de campaña imperfectas, poco apropiadas para el frío de Aragón en enero y febrero, ha sido todo lo que poseíamos durante la última operación. Sólo una de nuestras Unidades tenía los medios necesarios para montar su hospital en tiendas. Ha sido la 46 División la que nos ha precedido con su ejemplo. La atención del mando militar de esta Unidad, que no escatima ninguna ayuda a su Sanidad, ha hecho posible esto. Este primer hospital de tiendas tenía aún muchos defectos, explicables por ser el primero.

Todos los demás se han visto obligados a instalar sus hospitales en pueblos o en casas aisladas. Estos últimos ofrecieron, en comparación con los de los pueblos, ventajas considerables, y se acreditaron de buenos. Con esfuerzos verdaderamente heroicos han sido instalados en pocas horas. Varios establos se han transformado en salas de hospital aceptables y aun agradables. Pero esto sólo es una salida de circunstancias. Los tales edificios no tienen la necesaria capacidad; su construcción permite difícilmente la distribución de un hospital. Y, aunque menos que los pueblos, son posibles objetivos de la aviación.

Esta operación debe ser la última que nos encuentre tan mal preparados. ¡Hay que comenzar inmediatamente la fabricación de las tiendas necesarias para nuestros hospitales móviles! Queda poco tiempo. ¡Las primeras tiendas deben estar en pocos días en poder de nuestras unidades! Al mismo tiempo hay que preparar el personal necesario, capaz de preparar el terreno escogido para hospital y montar el hospital mismo en pocas horas. Los batallones de Sanidad de los Cuerpos de Ejército tienen que dar los hombres necesarios para esto. Una compañía mixta de sanitarios y zapadores podría cumplir esta tarea magníficamente.

Ciertamente, ningún hospital en tiendas del mundo está completamente a salvo de un bombardeo enemigo. El hospital de tiendas mejor camuflado puede ser alguna vez descubierto. Pero en tal caso, podremos decir con la conciencia libre: hemos hecho todo lo posible humanamente por la vida de nuestros heridos y de nuestro personal.

A nuestros caídos

Combates, batallas que se suceden. La Sanidad está en marcha. En la Atalaya, en Piedra Celada, en Alfambra, en Torrebaja, en Teruel, la Sanidad del Ejército del Pueblo ha vuelto a escribir, con letras de sangre, páginas gloriosas de su historia. En las primeras líneas, en los P. de C., en los Hospitales, la Sanidad ha superado sus actividades en todo momento.

Han caído hermanos nuestros. Son muchos los camaradas sanitarios, practicantes y médicos caídos en la lucha de su trabajo humanitario. No hace falta nombrar a nadie. Son camaradas a los que prometemos luchar desde nuestros puestos, incansablemente, hasta la victoria definitiva.

La Sanidad del Ejército del Pueblo lleva luto en los corazones de sus hombres, pero este luto agiganta nuestra firme decisión de lucha.

La Sanidad del Ejército del Pueblo sigue su marcha. Firmes en nuestros puestos saludamos a los caídos. Firmes en nuestros puestos, les prometemos que la sangre por ellos vertida fortalecerá nuestra marcha segura hasta la victoria.

¡ Salud a nuestros héroes !

Los enlaces entre la Sanidad y el mando militar

POR RECATERO

ESTAMPAS DE NUESTRA GUERRA

Los enlaces en el Ejército son imprescindibles siempre para el buen desarrollo de cualquier operación; sin ellos no podemos emplazar la organización sanitaria adecuadamente, no podemos prevenir el rendimiento que es posible dar en un momento dado, no sabemos la situación de nuestros batallones. En una palabra: es prácticamente imposible maniobrar con éxito.

Ahora bien; si en condiciones normales son graves las deficiencias que pueden darse en el cumplimiento de la misión de los enlaces, en situaciones difíciles pueden llegar a ser fatales.

Los que hemos estado abandonados en el campo sólo con el fusil al lado para defendernos del enemigo que avanzaba; los que hemos pasado la angustia de ver cómo el enemigo se acercaba sin poder evacuar los heridos que seguían llegando a nuestro puesto, sabemos lo que significa la tranquilidad que presta el saber que nuestros Jefes militares no olvidan su Sanidad.

Después de duros combates, al hacer el recuento de los sanitarios que faltan a nuestro lado, hemos encontrado algunos casos de *desaparecidos* en la lista de bajas. Esto significa que los enlaces no han funcionado bien, significa que compañeros médicos fueron olvidados en los momentos en que más necesitaban la ayuda de su mando. Significa también que no hemos abandonado aún el concepto de que la Sanidad es un servicio de retaguardia. La Sanidad de nuestro Ejército Popular, que cura los heridos en la línea misma, que los opera a las cuatro horas y a doce kilómetros del frente, no puede ser olvidada en los momentos desgraciados.

Esperamos que el capítulo de desaparecidos no vuelva a repetirse en nuestras estadísticas sanitarias.

Los caídos en el cumplimiento del deber nos llenan de orgullo; los desaparecidos, de dolor.



Muchos pueblos de España han visto ya cruzar por sus calles ambulancias sanitarias que transportan a los héroes de nuestra independencia.

La estadística en las unidades de nuestro Ejército durante los combates del 15 al 25 de febrero de 1938

POR PUCHOL

No podemos considerarnos del todo descontentos de los resultados estadísticos de esta etapa. Pero tampoco debemos lanzar las campanas al vuelo. Se han logrado resultados positivos en el sentido militar de la estadística. Aunque incompletos. Continúa siendo floja la marcha del trabajo, desde el punto de vista médico y quirúrgico.

Analicemos, punto por punto, los defectos observados en cada escalón sanitario.

FICHA DE VANGUARDIA.—En general, la mayoría de los heridos han sido provistos de ella. Pero no es menos cierto que en la casi totalidad de los mismos, la ficha no se llena bien. En primer lugar, los médicos y practicantes de Batallón no han aprendido aún el manejo de la **Y** existente en la ficha. Es menester que se den cuenta de que dicho signo no es una complicación, sino de que, por el contrario, después de que han aprendido el mecanismo de su empleo, permite de una manera rapidísima la anotación de un diagnóstico muy completo de la lesión. Asimismo, en la ficha de vanguardia, se olvida, con demasiada frecuencia, hacer constar las inyecciones séricas y medicamentos aplicados, lo que da lugar a repeticiones o abstenciones perjudiciales.

SOBRES DE EVACUACION.—Se utilizan todavía en pequeña proporción. Es necesario recordar a los Directores de los Hospitales la importancia que el sobre de evacuación, conteniendo la ficha de vanguardia—la historia clínica consignada en la ficha médica de hospitalización—, tiene para el tratamiento ulterior del herido.

PARTES NUMERICOS Y NOMINALES DE LA UNIDAD TACTICA.—Las deficiencias fundamentales han sido:

- 1.^a Muchas pequeñas unidades no los han remitido.
- 2.^a Algunas de las que han enviado su parte diario lo hacen consignando una cifra irreal de bajas. Esto depende, casi siempre, de que el emplazamiento de los puestos de socorro y de curación sobre el terreno era inadecuado, lo que daba por consecuencia que las bajas fueran, casi en su totalidad, asistidas por los elementos sanitarios de otras unidades.
- 3.^a En la mayoría de los partes numéricos no se han cuidado de establecer con exactitud el diagnóstico de agente agresor. De esta forma no hemos podido separar los heridos por metralla de artillería y de aviación, lo que, como fácilmente comprenderán todos, es de suma importancia para el mando militar. Los diagnósticos establecidos en las relaciones nominales, se hacían así: H. a. f., para los heridos de bala, y h. m., para los de metralla. Proponemos que en dichas relaciones se hagan los diagnósticos así: h. b. (heridos de bala), h. art. (heridos artillería), h. av. (heridos aviación).

Igualmente ocurre que se clasifican como accidente muchos contusos y magullados a consecuencia de explosiones de obús,

derrumbamientos por bombardeos aéreos, etc. Esto da por consecuencia que el porcentaje de accidentes haya sido de cerca del 6 por 100. Naturalmente, si no fuera porque hemos tenido en cuenta lo apuntado antes, podríamos pensar que los choques, vuelcos, etc., habrían menudeado con exceso. Para aclarar esto está la casilla de observaciones.

4.^a En general, la casi totalidad de los Jefes de gran Unidad han tomado sus datos de los Puestos de Clasificación. En estos lugares la estadística ha sido mejor que en ningún sitio. Pero hemos de decir a los Jefes de Gran Unidad, que, aunque sea de los Puestos de Clasificación de donde se obtienen los mejores datos, los más exactos y completos, no deben descuidar la Estadística de pequeñas Unidades, que les suministrará noticias importantes respecto de su funcionamiento, emplazamiento y capacidad.

PARTES NUMERICOS Y NOMINALES DE HOSPITAL DE CAMPAÑA.—Este ha sido uno de los fallos fundamentales de la Estadística. Los Hospitales han confeccionado relaciones nominales. Pero no han dado parte de su labor quirúrgica ni han hecho los impresos numéricos. Ciertamente es que los impresos escasearon por causas que no pudimos contrarrestar, pero podrían haberse improvisado con máquina de escribir, a mano y con un poco de buena voluntad.

Es, pues, absolutamente preciso que para los próximos combates los Directores de los Hospitales hagan diariamente el parte numérico (el más importante de todos para la estadística médica), las relaciones normales de entradas y salidas y una lista de las intervenciones practicadas y fallecidos, evacuados, etc., de los intervenidos en días anteriores.

FICHAS MEDICAS DE HOSPITALIZACION.—Se hacen con gran irregularidad. Volvemos a repetir a los Directores de los Hospitales que su misión no es sólo curar al herido y ponerlo en la ambulancia para que se vaya a otro Hospital. Hay que pensar en que los heridos del Ejército Popular son *nuestros*. Nuestros, ya que son los hombres que defienden nuestro futuro y por ello nuestra preocupación constante ha de ser que, durante la penosa peregrinación hasta los hospitales del interior, su curación tenga tal nexo de continuidad que parezca que una misma mano comenzó el tratamiento y lo terminó.

Igualmente hemos de hacer patente que de una vez se unifiquen los modelos de impresos que se utilizan, por los Hospitales principalmente. En muchos de ellos se utilizan impresos particulares, llenos de buena voluntad, pero que, al reunirse, su diversidad dificulta enormemente el trabajo de recopilación y la obtención de datos definitivos y de conclusiones estadísticas.

Esperamos que en el futuro todos estos defectos se vean reducidos al mínimo.

Recuperación de los efectivos

POR RODRÍGUEZ PÉREZ

En el combate mismo, desde los primeros momentos, la Sanidad de guerra no sólo se ocupa de la atención a los camaradas caídos. A la vez, recupera y prepara la recuperación del máximo de hombres posibles. En embrión toda nuestra organización sanitaria, ya en el Cuerpo de ésta empiezan a modelarse formaciones definitivas. Así, hemos conseguido un nivel elevado en la asistencia a los caídos, en las formaciones sanitarias de primera línea, en los puestos de clasificación, en las formaciones quirúrgicas...

Mas en ese embrión apenas comienzan a apuntar formaciones de recuperación de los efectivos. Y a la Sanidad compete, y la

Sanidad debe abordar el problema con la intensidad y la urgencia que el caso requiere. Además, la recuperación da idea de la calidad de la asistencia, y, por lo tanto, *el porcentaje de bajas recuperadas es el exponente de la eficacia de una Sanidad de guerra.*

La recuperación comienza en el combate mismo: los enfermos, los heridos leves de menos de 4 ó 5 días de recuperación, pueden rápidamente volver a su unidad. Y téngase en cuenta que el porcentaje de estas bajas, rápidamente recuperables, es lo suficientemente elevado para que sea tenido en cuenta. Se hace necesario, imperiosamente imprescindible, que, junto a

las formaciones quirúrgicas, se piense siempre en la necesidad de instalar amplias formaciones hospitalarias, cercanas al frente, dedicadas a este cometido.

Hasta el momento poco se ha hecho en este sentido. Nuestro afán humanitario, nuestro espíritu antifascista, nuestro cuidado especial por el *hombre*, por el camarada caído, nos ha hecho dedicar todos los entusiasmos y todas las posibilidades al montaje de nuestro aparato de asistencia. Así, incluso podría hablarse de hipertrofia en las formaciones quirúrgicas.

Preparábamos una operación. Al final nos resultaba una capacidad quirúrgica más que suficiente para el número de bajas probables. Al final, de pasada y sin conceder importancia, se creaba una enfermería médica y de leves de 100 camas... Excusamos decir que esta formación era rebasada al segundo día de operación.

Y esto no puede seguir en estas condiciones. Hora es ya de ampliar en lo sucesivo nuestras formaciones médicas y de recuperación de leves, con un criterio, ciertamente militar, pero, a la vez, antifascista, ya que la eficacia de nuestras tropas depende en gran parte del número de sus efectivos.

La recuperación continúa terminado el combate, hasta un límite de dos meses de tratamiento para los distintos Ejércitos, y en adelante para los C. R. I. M.

Interesa a las unidades seguir el trayecto de sus heridos,

conocer el lugar donde se encuentran. Esto puede conseguirse con un aparato de recuperación amplio, con hombres situados en los nudos de evacuación al interior que impongan distintos plazos a los heridos y enfermos recuperables en estos plazos.

Se consigue también con delegados situados en las bases hospitalarias del interior, a los que afluyen las altas de todas las clínicas dependientes. Se requiere el material necesario para llevar a estos hombres a sus unidades. Se consigue la recuperación, finalmente, con una labor activa por parte del comisario, encaminada a hacer nacer en el soldado la conciencia de la autorrecuperación.

Para esta labor, para la simplificación de esta labor, sería de desear que por parte del servicio de evacuaciones del interior se intentase el agrupamiento de las tropas de determinado Ejército en una base hospitalaria, con lo cual podrá reducirse indudablemente el personal necesario.

Le facilitaría también la labor con una simple orden, en el sentido de que todas las clínicas dependientes de una base no dieran altas de una manera independiente, sino que todos los soldados pasaran por una base misma.

Así iremos modelando lentamente nuestra misión de recuperación. Así, en un futuro próximo, el nivel alcanzado ya en la asistencia podrá ser igualado con el que se alcance en la recuperación de nuestros efectivos.

Nuestros hombres

La historia de la actuación de nuestras formaciones sanitarias es un relato continuo e ininterrumpido de heroísmos. Nuestros hombres, todos los componentes del servicio sanitario de nuestras unidades, forjados en la lucha misma, saben portarse como militares del pueblo cuando lo exigen las circunstancias. Reciente tenemos un hecho:

El camarada médico ANTONIO PADRO MARINA es herido de metralla y se niega a retirarse de su puesto. Días más tarde, viéndose obligado a retirarse de una posición y teniendo inutilizado el material de transporte, evacua por sí mismo, bajo el fuego enemigo, todos los heridos. Herido él mismo, a costa de trabajos ímprobos, consigue salvar a todos los heridos confiados a su custodia, siendo el último en abandonar la posición.

He aquí una prueba más del valor de nuestros hombres, de la clara conciencia que poseen del cumplimiento de su deber.

La higiene es la fortificación de la Sanidad

Es en los servicios sanitarios, con mayor intensidad que en cualquier otro sitio, donde se manifiestan, dentro del Ejército Popular, la preocupación y el cariño que la República siente por el valor hombre.

Frente a la Sanidad anquilosada, burocrática, indiferente ante el sufrimiento del soldado, del ejército franquista, alejada kilómetros y kilómetros del frente durante los combates, y que no se preocupa lo más mínimo por la salud del soldado en la guerra de posiciones, ha nacido, hija de los médicos que empuñaron un fusil en los comienzos de la sublevación y de los militares que permanecieron afectos a la causa del pueblo, una Sanidad ágil, dinámica, plena de sacrificio y de responsabilidad: la Sanidad del Ejército Popular.

CÚMPLE SU DEBER con el herido hasta en los peores momentos del combate. Pero esto no es suficiente.

Una Sanidad Militar dedicada exclusivamente a evacuar heridos en los combates y a vegetar en los períodos de calma es media sanidad.

Las tropas, después de los combates, fortifican. La Sanidad también debe hacer sus fortificaciones: se llaman

letrinas, vertederos, higienización de viviendas, etc. Con esto todavía no hemos cumplido nuestra misión: en las operaciones, el soldado come mal, se fatiga, se desnutra. Es obligación nuestra preocuparnos de su alimentación en cantidad y calidad, de su limpieza, de su vestido.

Por último, cuando la tropa se encuentra en acantonamiento, hay que añadir a la labor de higiene general la educación física, entrenadora para nuevas penalidades. Los baños de sol, la cultura física al aire libre, todo ello dirigido por los médicos, debe añadirse a las tareas anteriores.

La aplicación de estas directrices, realizada ya con éxito en algunos de nuestros frentes, es difícil y requiere grandes conocimientos y tenacidad por parte de nuestros sanitarios.

Su realización complementa el servicio, y sirve para diferenciar un buen jefe de un médico con uniforme.

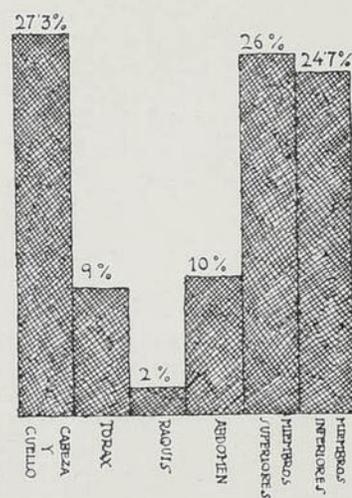
Todo jefe de Sanidad debe grabar en sus subordinados este lema: «LA HIGIENE ES LA FORTIFICACION MILITAR DE LA SANIDAD».

SOBRE EL CALCULO DE BAJAS EN REPOSO. ESPECIFICACION DE LOS HERIDOS POR REGIONES ANATOMICAS

En la vida de trincheras, en frentes estacionados, el porcentaje de bajas por regiones anatómicas presenta marcadas diferencias con el que arrojan las estadísticas del combate.

BAJAS EN REPOSO

CATEGORIZACION DE HERIDAS POR REGIONES ANATOMICAS



Es hecho universalmente conocido, y puede leerse en cualquier tratado de Sanidad Militar, que se encuentra, en todos

los casos de frentes estacionados, un considerable aumento del porcentaje de los heridos de cabeza. Mas no se especifica en la literatura a nuestro alcance el detalle íntimo de estas variaciones, que creemos conveniente consignar. A subsanar este defecto van dirigidos nuestros propósitos. A este objeto y durante 5 meses hemos recogido cuidadosamente la estadística de bajas en ocho batallones, habiendo llegado a resultados concretos. (Figura 1.ª.)

Es de gran interés comparar estos resultados obtenidos con el porcentaje de heridos en combate, cuyos datos reproducimos también en estas páginas (Fig. 2.)

Se observan marcadas diferencias que confirman los datos bibliográficos en lo que a cabeza se refiere. *En reposo, el porcentaje de heridos de cabeza y cuello, aumenta hasta el doble, aproximadamente, que en el combate.*

Respecto a tórax, abdomen y raquis, las diferencias son insensibles.

Decrece lógicamente el porcentaje de heridos de los miembros, pero hemos encontrado un hecho curioso, respecto a cuyo valor definitivo guardamos muchas reservas, pero que creemos conveniente consignar.

Mientras que en el *combate* los heridos de miembros inferiores sobrepasan ligeramente en número a los de los miembros superiores, en los *frentes estacionados* ocurre lo contrario, como puede verse en la comparación de los cuadros adjuntos.

Repetimos que por lo que respecta a este último dato, el total de heridos, es, caso, relativamente, no autoriza a sentar

BAJAS EN COMBATE

CATEGORIZACION DE HERIDAS POR REGIONES ANATOMICAS



una conclusión. Sin embargo, la repetición de este hecho, parcialmente en todos y cada uno de los nuevos estudios, da un cierto valor a la afirmación.

Algo acerca de las enfermerías de Brigadas

Nuestra Sanidad ha recorrido en año y medio un camino inmenso. Nacimos con las milicias, y como ellas sólo teníamos dos virtudes: heroísmo y fe en el triunfo.

En los primeros meses llenamos España de hospitales y enfermerías. Cada batallón, cada grupo de milicianos tenía un hospital propio. Quirófanos que valían millares de pesetas eran montados en verdaderas cochiqueras. Aquello debía acabar y acabó, en parte. Con la organización del Ejército, la utilización mejor de hombres y medios, cerró la mayoría de las enfermerías—en muchos casos nidos de médicos y soldados emboscados—para dar paso a los hospitales de nuestro Ejército.

Pero todavía quedan restos de aquella mala organización. Se llaman hoy enfermerías de Brigadas. Vamos a intentar enumerar parte de sus defectos en forma breve.

1.º Las enfermerías carecen de medios científicos para atender a los enfermos. Por lo tanto, no cumplen la primera función de un hospital.

2.º El personal interno tiene que salir de la plantilla de la

Brigada, restando a ésta, por lo menos, un médico y seis a ocho sanitarios, dejando servicios de la misma sin un personal sanitario.

3.º Su control por los mandos superiores es muy difícil, debido al gran número de estas enfermerías.

4.º Sirven de pretexto para distraer al Jefe de Sanidad de su verdadera misión: evacuación en movimiento y organización de los servicios de higiene en las posiciones.

5.º Dispersan sobre el terreno el material hospitalario, dificultando su utilización con arreglo a las necesidades tácticas cuando se pasa de guerra de posiciones a movimiento.

En resumen, reúnen en sí los defectos de los hospitales y de la Sanidad de batallón sin ninguna de las ventajas, y hacen olvidar a los Jefes de Sanidad su misión de velar por la higiene en los momentos de calma. Por lo tanto, creemos que su supresión en el Ejército del Centro sólo nos ha reportado ventajas, y sería igualmente conveniente llevarla a cabo en el resto del Ejército.

Funciones del Puesto de Clasificación

Distribución de los heridos entre los hospitales

En otro lugar hemos tratado la función del triaje desde el punto de vista de la rectificación de cura inmediatamente necesaria. El triaje tiene otra misión mucho más importante: la *determinación de la urgencia de la intervención quirúrgica*, o sea la *fijación del orden de evacuación*. Esta diferenciación en el contenido del triaje es arbitraria y obedece a causas didácticas. En realidad, en el P. de C. sólo existe un triaje que tiene en cuenta los dos puntos de vista.

Señalamos entonces que nuestra concepción sobre las tareas del triaje en las formaciones situadas *antes* de los hospitales, comparada con la que se tenía en la guerra mundial, ha sufrido transformaciones esenciales. El triaje en los Puestos de Socorro anteriores a los Hospitales, tenía ya, según la concepción de la Sanidad en la guerra mundial, la misión de determinar la urgencia de la intervención quirúrgica. Pero ésta tenía tan sólo una importancia restringida, puesto que podía solamente marcar el *orden*, pero no la *dirección* diferenciada de la evacuación. Esta última función ha pasado a ser la decisiva entre las funciones de nuestros Puestos de Clasificación.

Este problema—la distribución de los heridos entre los diversos hospitales—está, como fácilmente se puede ver, estrechamente ligado a toda forma de organización y funcionamiento de los hospitales, y por ello será tratado en otro sitio más detenidamente. Pretendemos solamente aquí decir algo más sobre la *técnica* de la ejecución de esta tarea en el P. de C.

El P. de C. debe tener una exacta visión de conjunto sobre los hospitales situados en su zona. Esta se refiere a las distancias a que aquéllos se encuentran del Puesto, a la clase y el estado de los caminos de comunicación, a la función específica de dichos hospitales, a su capacidad en camas y *rendimiento*—este último considerado en función del número de equipos quirúrgicos, y eventualmente también en función de su calidad—, a las posibilidades de evacuación desde estos hospitales. Y no solamente el estado inicial de los hospitales, para el que podría bastar una información efectuada al principio de la operación, debe ser conocido por el P. de C., es decir, por el Jefe del P. de C., sino que éste *debe encontrarse siempre exactamente al corriente del estado momentáneo de los hospitales* en cuestión. Para esto, se hace una tabla con los datos siguientes fundamentales:

H. C. 1.	10 km.	3 E. Q.	80 camas
H. C. 2.	14 »	2 E. Q.	60 »
H. C. 3.	18 »	2 E. Q.	50 »
H. Ev.	45 »	2 E. Q.	250 »
Centro Leves	35 »		200 »
Enfermería	30 »		300 »

Toda modificación se registra en la tabla inmediatamente. Los datos correspondientes son conocidos en parte por el Jefe del Puesto mismo, ya que él envía los heridos a los hospitales; parcialmente lo sabe también por las ambulancias que vuelven de los hospitales y que sirven de enlace. Todo este trabajo se presenta aproximadamente en la siguiente forma:

Al P. de C. llegan simultáneamente tres heridos graves: dos de vientre y una amputación traumática; además, cinco heridos leves. El médico del Puesto sabe que en el Hospital de Campaña núm. 1, más próximo, todas las manos están ocupadas por el momento, puesto que hace una media hora ha enviado un conjunto de heridos graves. A pesar de la extrema urgencia de los casos, envía ahora dos de los graves al Hospital de Campaña núm. 2, y el otro al Hospital de Campaña núm. 3. Si estos

Hospitales se encuentran situados en la misma línea de evacuación, puede hacerlo con la misma ambulancia, anotando en la ficha el lugar de destino y dando al sanitario acompañante las órdenes correspondientes. Con los heridos leves procede según la existencia de los medios de transporte, según la dirección de las formaciones a aquellos destinadas y según la necesidad de intervención en que se encuentren. Si las formaciones correspondientes se encuentran situadas también en la misma línea, entonces se lleva a los cinco leves, con la misma ambulancia que evacua a los tres graves, a su punto de destino, al Hospital de evacuación, cuando necesitan una intervención quirúrgica, aunque no sea urgente, y al Centro de Leves cuando no hay lugar a ello y son recuperables en breve plazo. Estas dos formaciones pueden, en alguna ocasión, funcionar como una sola unidad. Si las formaciones están en otra línea de evacuación, entonces se hace esperar a los cinco leves en el P. de C., hasta que, reuniéndose en el Puesto un número de leves considerable, aparezca como racional la conveniencia de su evacuación en autocar. Los datos de la evacuación se registran en la tabla, completados por las informaciones de los Directores de los Hospitales.

Con un número restringido de heridos se puede hacer mejor la distribución por especialidades. Los fracturados se envían entonces al Hospital mejor preparado para traumatología. Los heridos de cavidades se pueden distribuir entre los diversos Hospitales, según la especialización más o menos acentuada de los distintos cirujanos. Con una gran afluencia de heridos esto ya no se puede hacer, sin perjuicio para los heridos, en general, y disminución del rendimiento de los equipos quirúrgicos. Si hay entre los cirujanos especialistas en oftalmología, otolaringología, cirugía máxilofacial, entonces claro está que, aun con un gran número de heridos, hay que dirigir los heridos correspondientes hacia los especialistas.

Para toda esta distribución, un triaje grosero dirigido por un médico experto, es absolutamente suficiente. Como es natural, las equivocaciones son inevitables. Pero es mucho más preferible diagnosticar en un caso una herida de vientre inocua como de extrema urgencia y evacuarla al próximo Hospital de Campaña, que el sobrecargar a este Hospital con el triaje de toda la corriente de heridos, y exponer a éstos a etapas y retardos innecesarios. Las ventajas de una distribución de los heridos a los equipos quirúrgicos son extraordinariamente grandes: 1.º, se atiende a la urgencia no esquemática, sino dinámicamente; 2.º, se disminuyen las etapas para los heridos; 3.º, se descongestionan los Hospitales de Campaña de la corriente de heridos leves, y, por ello, se aumenta el rendimiento de los equipos quirúrgicos; 4.º, se asigna un trabajo igual para todos los equipos quirúrgicos; 5.º, se facilita la recuperación concentrando de antemano a los fácilmente recuperables.

En lo que concierne a los *enfermos*, se evacúan, sin etapas intermedias, directamente del P. de C. a la enfermería. Si hay más de una enfermería, entonces se puede intentar ya en el P. de C. una clasificación y distribución correspondientes, desde el punto de vista de la recuperación.

El P. de C. es el nudo de comunicaciones del movimiento de las bajas, no solamente en dirección hacia atrás. Todos los recuperados durante la operación de todas las formaciones hospitalarias serán dirigidos al P. de C. Para eso no necesitan medios de transportes propios. Se entiende de por sí que las ambulancias y autocares que vuelven de los Hospitales al Puesto serán utilizados para este fin. La importancia militar del P. de C. es, en este aspecto, evidente.

Sobre la organización de

POR GORYAN

(CONTINUACIÓN)

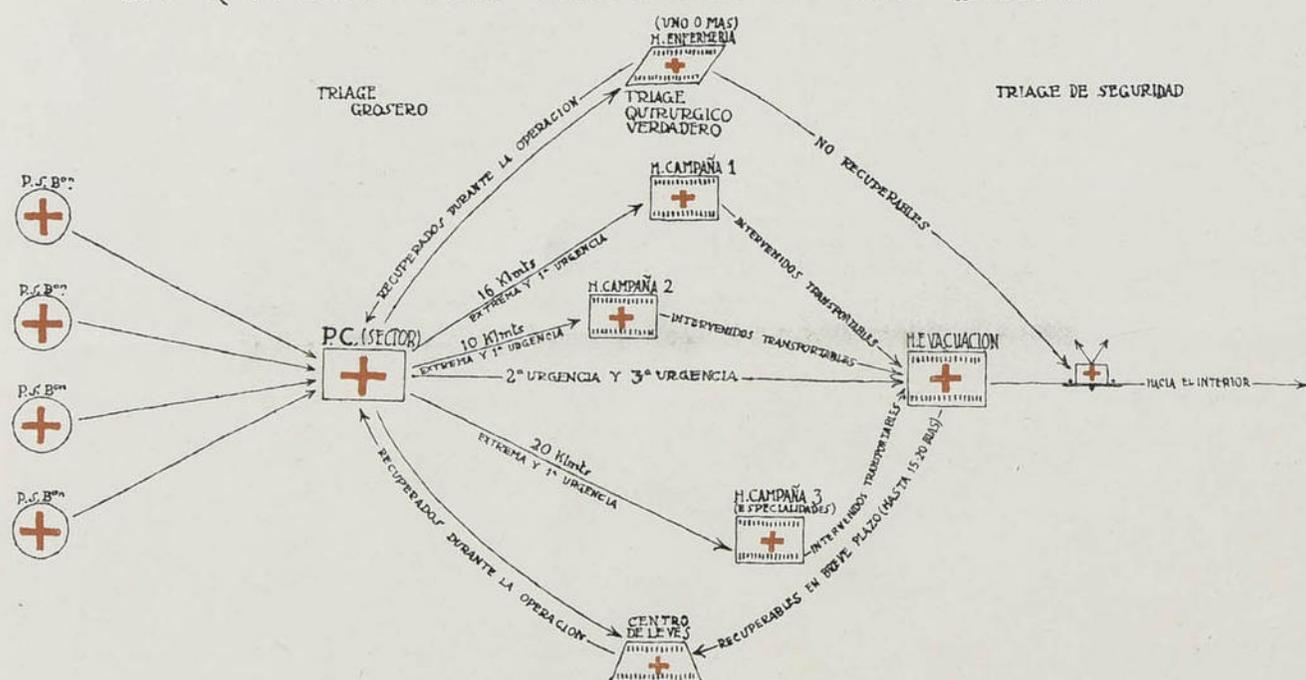
En el número anterior ha sido descrita, a grandes rasgos, la forma de organización de los hospitales durante la Guerra Mundial. Queremos enfrentarle ahora la nuestra, en parte como ya existente, en parte con algunas transformaciones, que nuestras experiencias han dejado entrever como necesarias y que serán realizadas en nuestra práctica inmediata.

Algunas consideraciones preliminares: el esquema de organización de la Guerra Mundial nos parece demasiado complicado. Cuenta con una inmensidad de formaciones hospitalarias con funciones específicas, cuya realización consideramos muy difícil y de cuya utilidad práctica dudamos parcialmente.

Las grandes formaciones de la Guerra Mundial son para nosotros una de las etapas, y como última consecuencia conduce a un aumento del número de etapas que el herido tiene que pasar. Como ya hemos mencionado, según este esquema (Clavelín y Jame) la función de distribución de los heridos se atribuye al primer hospital (G. A. de C. de E.); en período de lucha, aun al segundo (H. E. 1.). Esta distribución parte de un concepto en nuestra opinión falso: que para el ejercicio de esta función es necesario un triaje ejecutado según todas las prescripciones de la cirugía. La consecuencia es que solamente una pequeña parte de los heridos toma el camino directo del P. S. D. a su destino más o menos definitivo; los otros tienen que pasar por una etapa innecesaria por lo menos.

Nuestra guerra ha trasladado esta función de la distribución de los heridos más hacia delante, a una nueva formación (exis-

ESQUEMA DEL MOVIMIENTO DE BAJAS



gros materialmente imposibles. Pero, además, no serían tampoco apropiadas a las exigencias de nuestra guerra. Nosotros no podemos permitirnos hospitales móviles, para cuyo transporte son necesarios 30 y más camiones. Para nuestras necesidades no valen esos hospitales, cuyo montaje requiere de tres a ocho días. Somos más pobres, pero somos más móviles—montamos nuestros hospitales de campaña en doce horas, por término medio—. Los grandes hospitales de la Guerra Mundial son, también, inaceptables para nosotros, por causas de seguridad. La Guerra Mundial no conocía la utilización de la aviación enemiga contra la retaguardia en la medida que la conocemos nosotros. La circunstancia de que las formaciones más pequeñas sean menos económicas, la aceptamos en interés de una disminución del peligro. Ciertamente hasta ahora no hemos aprendido o, mejor dicho, hasta hoy no tenemos los medios necesarios para esquivar el peligro de la aviación enemiga lo mejor posible. Pero estos medios—hospitales montables independientes de lugares habilitados—los tendremos en el más breve plazo.

El tercer defecto—el más esencial quizás—de la forma de organización de hospitales del esquema publicado lo encontramos en el modo de distribuir las funciones quirúrgicas en cada

tente en la sanidad de la Guerra Mundial solamente en estado larvario, al Puesto de Clasificación. Los aspectos positivos de esta nueva ordenación, como también la técnica de su ejecución, se tratarán en otro lugar (véase en este número el artículo sobre P. de C.).

El esquema adjunto nos da una imagen de todo el movimiento de bajas durante una operación. Como se puede ver, tiene diferencias esenciales en comparación con el de la Guerra Mundial. El G. A. de C. E. se sustituye por una serie de Hospitales de Campaña con funciones fundamentalmente idénticas: intervención en los heridos de extrema o primera urgencia. Uno de los Hospitales de Campaña dispone de las especialidades necesarias. El número de Hospitales de Campaña está condicionado por el tamaño de las Unidades militares destacadas. El esquema adjunto ha sido recogido de la realidad de un Cuerpo de Ejército en lucha ofensiva. Los H. E. 1 y H. E. 2 de la Guerra Mundial se han convertido en un Hospital de Evacuación, cuya esfera de funciones corresponde próximamente a la del segundo. Opera a los heridos de segunda y tercera urgencia que le son enviados directamente desde el P. C.; recibe a los operados ya evacuable de los Hospitales de Campaña; evacua a todos los no recu-

Los hospitales de campaña

perables en breve plazo hacia el interior. Los recuperables en breve plazo se evacúan al Centro de Leves. Este recibe una parte de su contingente directamente también del P. de C. Es decir, aquellos heridos que no precisan de ninguna intervención y que probablemente son recuperables durante la operación.

Una línea de evacuación propia conduce a los enfermos del P. de C. a la enfermería.

En el caso en que el H. E. esté situado en la línea del ferrocarril, el tren hospital constituye una parte del mismo. En tal caso, la evacuación se dirige directamente del Hospital de Campaña al tren. Disponiéndose de un número suficiente de trenes, suponiendo que tienen además la capacidad quirúrgica operativa suficiente, estos trenes pueden en determinadas circunstancias sustituir completamente al Hospital de Evacuación. Con la escasa red de ferrocarriles de algunas regiones de España, no podemos

dar a la utilización de los trenes aquella regularidad posible en otros países occidentales. Lo mismo pasa con la Estación reguladora; cuando existe, tiene las mismas funciones que poseía en la Sanidad de la Guerra Mundial.

Este esquema, hecho a grandes rasgos, debe ser completado: las formaciones indicadas son hasta ahora, por decirlo así, impersonales—hasta ahora hemos dejado de considerar a qué escalón pertenecen; la estructura interior de cada hospital no ha llegado a ser tratada. El porcentaje de los heridos, distribuidos entre cada una de las formaciones, debe dar, como se puede suponer por lo dicho, una imagen completamente distinta a la de la Guerra Mundial (véase el esquema Toubert, VOZ DE LA SANIDAD, núm. 1)—y necesita un examen detenido. Sobre todos estos problemas y otros más hablaremos en otra ocasión.



Frente del Centro

Los sanitarios hacen prácticas de camillas.

Necesidad de una clasificación de enfermos en combate

Faltos de experiencia militar, médicos de campaña improvisados, los médicos civiles incorporados al Ejército del pueblo, nos vimos empujados, ante las necesidades del momento, a improvisar también nuestras formaciones sanitarias.

Experiencia tras experiencia, los heridos aquellos que corríamos de un lado a otro de las primeras líneas en los momentos iniciales de nuestra guerra, fuimos convenciéndonos de la necesidad de una centralización, de la creación de un Puesto de Socorro donde afluyesen los heridos de los distintos puntos del frente. Así, fruto de la experiencia, se creó el Puesto de Socorro de Batallón, se creó una Sanidad de compañía y empezaron a forjarse médicos de Batallón que aprendían sus funciones en el teatro de la guerra, en la práctica viva.

En los primeros momentos, los heridos salían de los P. de S. de batallón y marchaban a las distintas formaciones quirúrgicas del frente, sin orden alguna. Los médicos comprendimos la necesidad imperiosa de montar el escalón intermedio, nudo central de nuestra Sanidad, que llamamos Puesto de Clasificación. Ya en repetidas ocasiones hemos hablado de la importancia fundamental, de la necesidad ineludible, de esta formación de funciones tan peculiares. No insistiremos sobre ello.

Después de la experiencia, pasados los momentos azarosos que dejaban tiempo libre al estudio, los médicos del Ejército de la República vimos que muchas de nuestras experiencias, que muchas de nuestras improvisaciones, coincidían con los hechos

consagrados como eficaces desde la gran guerra. En otras ocasiones, nuestras formaciones, creadas ante la necesidad misma, superaban los datos que podían encontrarse en la bibliografía.

Así hemos ido forjando—y estamos siempre sobre el yunque—nuestra Sanidad Militar, sin despreciar los datos de la literatura, sin dejar de lado experiencias de guerras pasadas, pero sin olvidar tampoco, antes al contrario, valorando primordialmente nuestra propia experiencia.

Mas la guerra sigue y el bagaje experimental aumenta. Nuestros hechos plantean problemas, de cuya resolución lógica no se encuentran precedentes en los datos de literatura que tenemos a nuestro alcance. Tal es el problema que encabeza estas líneas. Los médicos del Ejército Republicano hace ya mucho tiempo que aprendimos que en la evaluación de bajas en combate, que en el cálculo de bajas, no sólo los heridos juegan un papel importante. También los enfermos, que, en general, acusan un 25 por 100 del total de las bajas, son un factor a valorar. Y este dato es tanto más importante cuanto experiencias posteriores nos han demostrado que si bien, a veces, el número de heridos que hay en una operación no llega, ni con mucho, al cálculo justo, según los datos experimentales, el porcentaje de enfermos se comporta como si realmente se hubiesen cumplido los cálculos respecto a heridos.

Reciente tenemos una operación, de cuya envergadura podían esperarse un gran porcentaje de heridos, y, sin embargo, esta

cifra fué mínima. Por el contrario, los enfermos sobrepasaron en mucho a los heridos.

Sentada la importancia de los enfermos en combate, como ya hemos dicho en otra ocasión, se plantea ahora el problema del régimen de evacuaciones.

Como los heridos, los enfermos llegan al Puesto de Clasificación. Los heridos se clasifican y marchan distribuidos, según su urgencia, según su grado de recuperabilidad, a las distintas formaciones quirúrgicas. Con los enfermos no se hace esto. Se acostumbra a enviarlos a la primera y más cercana formación médica. Llena ésta, ésta misma evacua sobre la siguiente, y así sucesivamente. Es decir, nuestro régimen de evacuaciones de enfermos adolece ahora de idénticos defectos que nuestras primitivas evacuaciones de heridos antes de la creación de los Puestos de Clasificación. Nos parece que hay que terminar con este estado de cosas. La última operación en la zona del Este ha venido a reforzar lo imperioso de esta necesidad. ¿Por qué en los P. de C. no se hace también una clasificación de los enfermos? ¿Por qué en las operaciones no se tiene también en cuenta una amplia hospitalización médica?

El problema es tan claro que estamos seguros que los puestos de clasificación contarán, en lo sucesivo, con un internista encargado de esta distribución de enfermos. Proponemos, como base

inicial, que se creen tres tipos de formaciones médicas: la primera, la más cercana al frente, para enfermos de 3 a 4 días de recuperabilidad (primera recuperación); la segunda, de recuperabilidad hasta los 15 días (segunda recuperación); la tercera (recuperación tardía), hasta los dos meses, como máximo, y, naturalmente, ya en las zonas del interior.

Los enfermos crónicos, aquellos que requieren una revisión por un Tribunal médico, serán evacuados, en primera etapa, a una de estas formaciones, y, más tarde, a cualquiera del interior.

Naturalmente, se dirá que en los P. de C., hacer el pronóstico, marcar el tiempo de recuperabilidad es difícil, y está sujeto a numerosos errores. Igual ocurre con los heridos, cierto que en menor escala, y no por esto se deja de hacer una clasificación.

De todas formas, el problema de necesidad de clasificar enfermos existe bien patente. Las proporciones anteriores representan sólo una hipótesis de trabajo. La experiencia, limando defectos y cortando aristas, nos dará la última palabra.

Respecto a la capacidad de estos escalones médicos depende, naturalmente, del porcentaje relativo de recuperables en 5-15 y 60 días, y en este sentido nuestros datos estadísticos no arrojan aún luz alguna. El problema es interesante y estamos seguros que a su estudio se dedicarán con ahínco nuestros internistas.

CIRUGIA DE VIENTRE

POR EL DR. MADINA VEITIA, JEFE DE EQUIPO QUIRURGICO MOVIL

Casos clínicos

La parotiditis postoperatoria es muy frecuente en la cirugía de vientre, no habiendo encontrado nosotros, en nuestra estadística de guerra, ningún caso próximo a la fecha operatoria, como estábamos acostumbrados a ver, y sí uno que, por su interés clínico, creemos merece ser anotado.

Al encargarnos de la Sala 7 del Hospital general de Madrid, encontramos un herido icterico, con orines muy cargados de pigmentos biliares, buen estado general, al cual hacía tres meses le habían dado un balazo en el vientre, con entrada en la región vesicular y salida por la espalda, a igual nivel. Lo habían operado (¿una perforación duodenal?) y al tercer día de la operación empezó a notar su ictericia, que fué en aumento, hasta llegar a ser estacionaria desde hacía más de un mes. Los orines siempre iguales.

Se le hizo análisis de orina, encontrando que no tenía glucosa, ni acetona. Las heces carecían de pigmentos biliares.

Visto radiológicamente, presentaba un duodeno deformado y fijo, doloroso a la presión.

Pensamos en una obstrucción biliar, consecutiva a adherencias, y propusimos helioterapia o, de no dar resultado ésta, la operación. Pero nuestro contento fué rápido al ver, al día siguiente de la propuesta, las heces coloreadas y la orina normalizada ya casi del todo.

A los tres días de este incidente, cuando el tinte de la piel perduraba aún, apareció una parotiditis izquierda, que fué en aumento, y que, al quinto día, hube de incidir, saliendo gran cantidad de pus muy cremoso, cuyo análisis no llegó nunca a mis manos. Al día siguiente apareció parotiditis, también en el lado derecho, que también incidimos el séptimo día. Cuatro días más tarde, cuando ya las parotiditis estaban casi cicatrizadas, apareció un flemón en el muslo derecho.

Todo ello cicatrizó bien, y al mes de haberme hecho cargo de la sala, abandonaba el herido el Hospital, ya sin ictericia y con las tres nuevas incisiones cicatrizadas.

En ningún momento hemos llegado a palpar un hígado aumentado de volumen ni vesícula distendida. Así como tampoco el bazo.

Como digo al principio, las parotiditis son frecuentes en las operaciones de vientre, pero siempre dentro de los 10 ó 15 primeros días de la operación.

En un principio se pensó eran debidas a la anestesia etérea (a la cual había sido sometido este enfermo), por el traumatismo de los dedos del anestesista, pero ya *Arnault*, como otros muchos, piensa que no es debido a ello, puesto que se presenta en casos de anestesia local.

Nosotros tenemos un caso de una chica operada de apendicitis supurada, con anestesia local, que presentó parotiditis unilateral y flemón en igual muslo, a los 11 días de la operación.

Tampoco estamos de acuerdo con *Schmieden*, que acusa la autodigestión de la glándula, puesto que no tiene gran explicación, ni con el malogrado *Pavlov*, que lo achaca a la deshidratación del enfermo, ya que se presenta demasiado tarde para que pueda tener su origen en la deshidratación y también porque, en algunos casos, como el referido últimamente, el enfermo no ha sufrido sed en ningún momento.

Sin embargo, la idea de *Kammiker* sobre la flora microbiana es la que nos parece más razonable, sin que se pueda llegar a explicar, y aún menos en el primero de nuestros casos, ya que las parotiditis se presentaron cuando había desaparecido la ictericia y el organismo parecía volver a la normalidad.

¿Es que al pasar la bilis al intestino debilitó éste y se absorbió la flora microbiana? Mucho sentimos que se perdiera el análisis del pus, que tanto interés hubiera tenido para nosotros.

En el ataque de la Cuesta de la Reina recibimos un herido por metralla, dentro de las dos primeras horas, con falta de un trozo de pared abdominal derecha, por donde salían varias asas intestinales y dos extremos seccionados de ellas, un extremo era de fleon y el otro de colon transversal; el estado general, bastante bueno, y, como buen aficionado al alcohol, pedía coñac.

Rápidamente se procedió a la operación, con anestesia etérea. Se limpiaron algo las asas intestinales y el campo con suero salino solamente.

Incisión atípica, siguiendo algo las fibras del oblicuo, pero prolongando lo menos posible la brecha cicatricial. Encontramos dentro del abdomen los otros dos cabos intestinales, que suturamos oblicuamente, fleon y colon, respectivamente; suturamos una perforación longitudinal de colon transversal antes del sitio de la sección total y reseca 12 cms. de fleon por dos perforaciones, mejor dicho, estallidos, pues no había forma de rehacer mucosa ni serosa. Cierre por planos con catgut y seda.

Salió de la operación con 100 pulsaciones. Se le puso suero glucosado intravenoso, gota a gota, 500 cc.

Al día siguiente se le dan unos sorbos de coñac, continuando esta medicación y su alimentación blanda, desde el tercer día hasta el diez.

Al octavo día presenta un abultamiento de la cicatriz, en su parte media, que obliga a cortar dos puntos, dando salida al pus. Eventración que no alcanza peritoneo y que cicatriza bien, siendo dado de alta el 13.º día.

Es poco frecuente que nos lleguen los heridos de metralla con eventración en buenas condiciones, ya que casi siempre la pérdida de sangre, el traumatismo tan brutal, etc., les hace quedar en shock. Sin embargo, nosotros tenemos como norma el ponernos inmediatamente a operarlos, aunque vengan sin pulso.

Este proceder, que nos ha valido múltiples críticas, ya que en principio se debiera esperar a que reaccionara algo el enfermo, con inyecciones, etc., lo creemos justificado, como hemos podido comprobar repetidas veces. Nuestro malogrado Jefe Heilbrun nos criticaba, en el ataque de Guadalajara, el que operásemos tan rápidamente a un herido que parecía venir muerto, y que, como es natural, casi no soportaba el éter de la anestesia.

Traía una herida de metralla en el vacío izquierdo, con eventración del colon descendente, que estaba desgarrado. Hicimos limpieza con éter, incindimos, prolongando algo la herida; suturamos la rasgadura cólica y cerramos por planos.

Durante la operación se le puso, gota a gota, 300 cc. de suero glucosado y 300 cc. de suero fisiológico en vena.

Siguió su curso normal, siendo dado de alta a los 15 días.

Como éste podríamos citar otros casos que han salido adelante. Esto no quiere decir que sistemáticamente tengan que salvarse todos, ni mucho menos; pero creemos preferible operarlos rápidamente, antes de que su contenido intestinal pueda salir, en mayor cantidad, al peritoneo, y antes de que su peritonitis, que siempre tienen, pueda hacerse más palpable.

Ahora bien, durante un ataque, tenemos con frecuencia que seleccionar los heridos para operar, pues no podemos dejar los que tengan muchas probabilidades de salvarse, por acudir a aquellos que no las tienen. En estos casos es en los que tenemos que pesar mucho y repesar los éxitos y fracasos, midiéndolos con gran exactitud para no perder una vida que pudiéramos ganar. Para esto es para lo que hace falta mayor cuidado en el cirujano y mayor exactitud en los juicios. Nosotros, que nunca dejamos estos datos a la memoria, pasamos y repasamos nuestras cifras en las épocas de reposo, haciendo, como muy bien decía mi malogrado maestro *Pauchet*, escrupulosamente el recuento de los fallecidos y el estudio de sus causas. Enseña muchas veces más un fracaso que varios éxitos.

La selección del orden para operar es lo que más nos aterra siempre. No quedamos nunca conformes de la que nos hacen los ayudantes ni de la que hacemos nosotros mismos. Es menester estudiarlos bien y contrapesar, con espíritu tranquilo, pero rápido, el pro y el contra de cada caso; aun así, siempre queda el remordimiento de si se hubiera hecho mejor anteponiendo éste o aquel caso.

En estos casos de shock suelo preferir las inyecciones en vena, gota a gota, a las transfusiones, por tener observado, en mis numerosas transfusiones, la frecuencia con que suelen decaer muchos pacientes en las pocas horas consecutivas a ellas.

Tanto el suero fisiológico, pero aún más el glucosado, eleva con bastante rapidez el tono de estos heridos. No solemos pasar de los 600 cc., por temor a que sea una masa líquida excesiva. Bien es verdad que la inyección de 60 a 80 gotas por minuto se tolera muy bien y su eliminación por riñón se hace bastante rápida.

Carecemos de experiencia del suero gelatinizado, del que no hemos conseguido aun preparado, pero cuyo estudio pondremos en práctica en cuanto nos lo den.

En nuestra práctica de antes de la guerra hemos seguido estas inyecciones venosas después de las resecciones gástricas, en los casos de pérdidas de sangre abundante y en los de coarregias. Habiendo podido comprobar la desaparición de la sed del paciente, un aumento de tensión vascular y la no aparición de la acetona, tan frecuente en los operados de vientre, dentro de los dos primeros días.

También con frecuencia, cuando no se requiere acción tan rápida, solemos poner estos sueros por vía rectal, gota a gota, para su mejor absorción.

En el caso de la Cuesta de la Reina hago constar lo pronto

que dimos alcohol al operado por vía bucal. Es una práctica que también tenemos desde antes de la guerra, viendo lo mal que se ponen los operados de vientre habituados al alcohol y a los que por la operación se les priva de la bebida.

Nos llegan estos heridos, que pudiéramos llamar alcohólicos en grado no elevado, pidiéndonos coñac. Como es natural, no se les da; pero una vez operados, muchas veces antes de pasada la paresia intestinal, les mando dar alcohol. Es un veneno necesario, pues de lo contrario se ponen, no tan mal como los morfómanos, pero sí en un estado general bastante deplorable, que suele desaparecer bien con estas ingestiones de alcohol.

No he seguido la práctica de ponerles inyecciones de preparados de alcohol, por dudar de que les haga mejor efecto, y, además, por pensar que también al tomarlo por la boca se les levanta la moral a estos heridos.

¿Con qué se debe hacer la limpieza de estas eventraciones, cuando llegan?

Hemos seguido sistemáticamente la costumbre de limpiarlos con éter, pero teniendo la idea de que, si bien es verdad que con éter se arrastra mucho mejor la suciedad, ya que ablanda la sangre desecada, también es cierto que al evaporarse suele enfriar mucho las vísceras, ya de por sí demasiado traumatizadas.

Por esta razón, solemos ahora limpiar las heridas con suero fisiológico, y sólo cuando lo juzgamos necesario con éter.

Vemos con agrado que todos estos heridos nos han llegado siempre sin haber sido tocados con iodo en el intestino ni en sus márgenes. Con un magnífico criterio, los médicos de batallón que por delante teníamos, se han limitado siempre a cubrir la masa eventrada con unas gasas, poner una venda comprimiéndola y dejarlo todo quieto. Así nos llegan, muchas veces, con tierra, etc., que es muy preferible limpiarlos cuidadosamente en el quirófano, donde, por mucha prisa que tengamos, siempre, tanto el instrumental como todo el material, reúne condiciones de asepsia mucho mayores, como es lógico comprender.

Sin embargo, es muy frecuente que no curen estos heridos de primera intención, a pesar de resecar los bordes de la herida hasta tejido sano, etc.

No es sólo el magullamiento de los tejidos lo que produce la mala cicatrización, es también la cantidad de gérmenes que han de pulular en el peritoneo, cuando estos intestinos rotos viertan su contenido en él.

Nosotros, como siempre digo, no dejamos nunca drenajes, pero tampoco con ellos se consigue evitar la cicatrización por segunda intención. Ocurre como en las apendicitis supuradas, en las cuales, los médicos no enterados, se admiran de las cicatrizaciones tan defectuosas que quedan.

No somos nosotros los que llevamos los gérmenes, sino que son ellos los que, desde dentro del peritoneo, emigran por la cicatriz, o, al sacarse la parte supurada, deja residuos en las paredes cicatriciales.

Cuando el ataque de Guadalajara (marzo 1937), controlamos cuidadosamente todos nuestros operados de vientre, viendo que casi todos cicatrizaron de primera intención. Tan sólo un caso presentó una supuración abundante de la cicatriz, por lo que a continuación lo reseñaremos. Los demás, que cicatrizaron de segunda intención, fué sólo por supuración de algún punto aislado y sólo de piel, sin llegar nunca al peritoneo.

El caso a que nos referíamos es el siguiente: un herido de metralla en línea mamilar derecha, junto al reborde costal, con una salida por línea mamilar izquierda un poco más abajo y otra por línea alba.

Operación con anestesia etérea. Incisión siguiendo la cicatriz, y, por lo tanto, atípica, casi transversal. Encontramos un túnel hecho por la metralla, que atraviesa piel, capa muscular, cara anterior del lóbulo izquierdo del hígado, y falta un trozo de la cara anterior gástrica (mucosa inclusive). Dentro del túnel encontramos trozos del traje, etc. Hacemos limpieza de todo, suturamos el hígado, lo mejor posible, refrescando los bordes, y lo mismo hacemos con el estómago. Con grandes dificultades rehacemos el peritoneo parietal y la pared abdominal. Tiene mucha sangre en el peritoneo, que dejamos.

Durante las 48 primeras horas tuvo algún vómito. Luego marcha normal hasta el quinto día, en que supura toda la cicatriz, saltando los puntos. La sutura muscular se mantiene, y, por lo tanto, no alcanza el peritoneo.

El día 15 es dado de alta con la cicatriz casi del todo cerrada, por ser evacuado a Levante, de donde me dicen, un mes más tarde, que abandonó el hospital completamente restablecido.

RECUPERACION

POR EL DR. ALZAMORA, JEFE DE EQUIPO QUIRURGICO

Aunque discrepemos, en pequeños detalles, de algunos puntos de vista expuestos en el presente artículo, lo publicamos con especial satisfacción y hacemos constar nuestro agradecimiento a su autor, por constituir un ejemplo que debiera ser imitado rápidamente. En efecto, es la primera vez que un cirujano aborda un tema que no guarda una relación directa con aquellos problemas que estrictamente le plantea su especialización.

La recuperación de los heridos ha ido poniéndose, por necesidad, en primer término, y a tal extremo que, actualmente, la Sanidad tiene el decidido apoyo del Estado Mayor del Ministerio de Defensa Nacional, según normas fijadas por circular del 24 de julio de 1937.

Posteriormente a esta fecha, y para el exacto cumplimiento de aquellas normas, la Jefatura de Sanidad del Ejército de Maniobra, la más directamente afectada por aquella circular, ha expuesto las necesidades mínimas que, a su concepto, son necesarias para la organización del trabajo de recuperación del Ejército de Maniobra.

En los equipos quirúrgicos del N. C. de E. de Maniobra recae una responsabilidad técnica, directamente manifiesta en el arduo problema de la recuperación de heridos. A petición del Jefe de Sanidad de dicho Cuerpo de Ejército, exponemos un resumen de la experiencia de dieciocho meses de guerra en la actuación de primera línea y de los hospitales base.

Prácticamente, y a nuestro concepto, los recuperables son, a corta y a larga distancia: los primeros, recuperables dentro de los diez días de haberse producido la herida. Para éstos, leves, hemos habilitado, en algunos combates, y dentro de la jurisdicción de C. de E., unos hospitales de rápida recuperación, que cumplieron nuestros deseos.

El problema de los recuperables, a larga distancia, más de diez días de hospitalización, es el que más preocupa a nuestro C. de E., por no estar resuelto y porque no está exclusivamente en sus manos la manera de resolverlo.

Se relaciona con ello la circular de 24 de julio de 1937 y el acertado informe del E. de M. como resultante de aquella.

¿Cuáles son los factores que intervienen en la recuperación de los heridos? Muchos. Es difícil precisar todos, pero cuanto más datos demos mayor será la precisión en la resolución.

A nuestro entender, los factores esenciales que toman parte en la lentitud de recuperación de los heridos son:

- 1.º EVACUACION.
- 2.º ORGANIZACION QUIRURGICA (E. Q. de primera línea).
- 3.º ORGANIZACION HOSPITALARIA.

No es nuestra misión, por el cargo que ocupamos, analizar el primero y tercer problemas. Solamente señalaremos las relaciones de continuidad con la organización quirúrgica, de la cual somos responsables dentro del N. C. de E. desde 1936.

En consecuencia, ponemos nuevamente de relieve la relación íntima entre organización quirúrgica y recuperación.

En cada actuación nuestra, y al finalizar los combates, hemos señalado repetidamente las deficiencias observadas, emanadas de la consulta a nuestras estadísticas, y de lo poco que sabemos del curso de los heridos que fueron asistidos quirúrgicamente de primera intención por nosotros. Estas indicaciones iban encaminadas a resolver dificultades que se presentan en cada uno de los grupos o factores más arriba señalados.

¿Se obró en consecuencia? Apenas lo hemos notado. ¿Ibamos equivocados al señalar los medios de solución? Desde luego nosotros no podemos contestar afirmativamente a esta pregunta. Lo que sí es manifiesto que otras soluciones no fueron llevadas a la práctica tampoco.

Se ha confiado quizás excesivamente en la buena fe y disposición de los elementos técnicos que, en formas de E. Q., fueron

diseminados, la mayor parte de las veces desorientadamente, detrás de los ejércitos maniobrantes. Ultimamente, desde la fundación del E. de M., la Jefatura de Sanidad del mismo se ha limitado a sus medios propios, y, en sus últimas disposiciones, parece decidida a resolver su problema de recuperación de heridos, para el que nosotros, que lo vivimos intensamente, vamos a prestarle todo nuestro gran entusiasmo y modesta colaboración.

En teoría, los E. Q., elementos técnicos cien por cien, deben formar parte de un aparato perfecto. Los E. Q. son los órganos de la organización quirúrgica. Para que ésta exista, es necesaria la colaboración íntima de aquéllos. Así como no podemos desmenuzar una herida, tampoco, racionalmente, podemos desmembrar los E. Q. Al actuar éstos sin conexión, al dejar de ser un único organismo y constituirse en elementos autónomos, cada uno de estos E. Q. ha de ver, forzosamente, en un mismo herido, una herida distinta a la que vió el equipo que le reconoció anteriormente. En consecuencia, el tratamiento suele ser distinto en cada caso y *ninguno acabado*, excepto el del último E. Q. que asiste al herido, quien realmente es el único que principió y terminó una terapéutica, acortando el proceso de curación. A juzgar por los tratamientos seguidos por los E. Q. autónomos, cada herido ha padecido, según vemos, en una misma región anatómica varias heridas; el mismo número que el de E. Q. que le atendieron. Para evitar tal deficiencia se debe anexionar al herido una historia clínica abreviada, en la que se da a conocer al siguiente E. Q. el tratamiento que se ha llevado a cabo por el primero y que aquél debe procurar continuar. En la mayoría de los casos, desgraciadamente, no se hace así. El criterio quirúrgico varía de uno a otro Equipo, siendo probable que el primero que vió al herido no hubiera escogido el tratamiento más afortunado. Entonces es comprensible e incluso necesario que el siguiente E. Q. rectifique en beneficio del herido la terapéutica, con la natural pérdida de tiempo, que redundaría, en el caso más favorable, en una tardanza de la recuperación del herido. En este caso, ¿qué culpa les cabe a los E. Q. avanzados o a los siguientes? Muy poca o ninguna. Actuando autónómicamente, cuentan exclusivamente con la experiencia propia.

Los escasos E. Q. avanzados, que han tenido la suerte de tener medios para después de cada operación visitar los hospitales de retaguardia, se han visto tristemente sorprendidos al no poder localizar a sus heridos, desperdigados por los hospitales. A estos últimos, debido al trabajo excesivo, no se les puede exigir que remitan a cada E. Q. los resultados observados de sus intervenciones quirúrgicas.

Ante esto es muy corriente observar entre nosotros, cirujanos de primera línea, que las dudas llegan a ser problemas insolubles, originando un estado de inquietud en el operador.

Se hace ostensible que el cirujano adelantado siga el curso, por el medio que fuere, de los heridos intervenidos por él, lo mismo que es necesario que los cirujanos de los distintos escalones hospitalarios se expongan entre sí los resultados clínicos que permitan una unidad de criterio y un tratamiento continuado. Ésta es la llave más importante para la recuperación de los heridos. Solucionada ésta, lo queda también el tercer factor.

COMO ASEGURAR LA RELACION ENTRE LOS E. Q. Y LOS HERIDO ATENDIDOS POR ELLOS.

El C. de E. tiene un determinado número de E. Q. que, en tiempo de operaciones, distribuye de la siguiente manera:

Dos E. Q. turnantes en cada hospital de campaña divisionario con cincuenta camas. Su misión es intervenir los abdomenes y grandes urgencias. Estos E. Q. son los más avanzados. En un segundo escalón, a prudente distancia del frente (para lo cual se tienen en cuenta las dificultades relativas de movilización), un hospital móvil de C. de E. con trescientas camas, cuatro

E. Q. y dos anexos de traumatología. En él se intervienen todos los demás heridos.

A esto convendría añadir un hospital base con suficientes E. Q.; así se conseguiría no perder a los heridos del C. de E. maniobrando, localizándolos a todos en el hospital base de la agrupación de hospitales del interior, que corresponda a la del sector en que se opere. (Hospital base del E. de M.).

En este caso, finalizados los combates, todos los E. Q. se reunirían en el hospital base, donde podrían seguir el curso de sus heridos, y, por lo tanto, variar o afianzar un criterio quirúrgico en primer lugar, y en segundo exponer juicio y entablar

controversias sobre las terapéuticas utilizadas, y los resultados obtenidos, encaminados a obtener una unidad de criterio que facilitaría su labor. Y por fin, como importante apéndice, se lograría la recuperación de los cirujanos, que ven menguada su habilidad manual, a causa de los descansos que los C. de E. necesitan para su reorganización. Conforme con todo ello, los E. Q. podrían irse turnando en su actuación en el frente, para que, al mismo tiempo que se les proporciona el relativo descanso, en los hospitales base se les forme completamente en cirugía de guerra, haciéndoles pasar por los distintos escalones hospitalarios. (Continuará.)

SOBRE LOS CENTROS DE INSTRUCCION Y RESERVA SANITARIOS

POR RODRIGUEZ PEREZ

Porque nuestra crítica es constructiva, porque los hechos son evidentemente remediabiles, porque, en definitiva, lo que nos interesa es la eficacia de la Sanidad de Guerra, estamos no sólo autorizados, sino obligados a señalar ciertas deficiencias fácilmente subsanables en el funcionamiento de determinados Centros de Instrucción Sanitaria.

En términos generales, el problema es claro: Creados estos Centros para la instrucción de los soldados que han de nutrir los batallones sanitarios de nuestras unidades, sería de esperar que el ritmo de las enseñanzas fuese acompañado de la marcha activa y urgente de nuestras unidades de combate. No sucede así. Antes al contrario, la marcha lenta, la instrucción a largo plazo, indican bien a las claras que no se sigue un ritmo de guerra en el funcionamiento de estas entidades.

Ante nosotros tenemos el programa de uno de estos Centros. No importa cuál. Tampoco entraremos en crítica de detalle, ya que sobra con un hecho: El período de instrucción dura tres meses.

Quienes en los frentes se han visto obligados a instruir sanitarios, pueden juzgar de lo absurdo de este plazo. En mucho menos tiempo, en quizá 15 días, como tiempo máximo, pueden crearse sanitarios capaces de cumplir su cometido con completa eficacia.

Pensarán algunos en una diferencia de resultados acorde con esta disminución del tiempo. No. Que junto a esta restricción de tiempo se aumente la intensidad en la enseñanza y los resultados no desmerecerán en absoluto. Todo es amoldarse a un espíritu de trabajo nuevo, teniendo siempre en cuenta las necesidades de las unidades en lucha.

Es más, las modificaciones necesarias en estos Centros no se refieren sólo a la necesidad del acortamiento del plazo de instrucción. Se refieren también al contenido de las enseñanzas mismas. En este sentido, los resultados no pueden ser más deficientes. La mayor parte del tiempo se emplea, al menos en uno de estos Centros, en enseñanzas de índole general, cuya utilidad no vamos a discutir, pero de lo cual resulta un perjuicio evidente para los temas estrictamente sanitarios. Quizás la razón de estos hechos haya que buscarla en el personal directo de estos Centros. No nos referimos a personas. Hablamos en términos generales y en lo que respecta al criterio de que sean Oficiales y Jefes del Cuerpo de Sanidad Militar los Rectores de estos Centros de Instrucción. Razones poderosas deberán existir para esta decisión de nuestros mandos y nada hemos de decir en este sentido. Más lo que sí nos atrevemos a pedir es una *intervención directa del personal médico en las enseñanzas estrictamente sanitarias*. Ciertamente que hay un médico, al menos, en cada uno de estos Centros. Pero este médico lo es para la asistencia del personal y harto tiene con este cometido. Cinco mil hombres hay en uno de estos

Centros que nosotros hemos conocido. La asistencia facultativa de esta masa de hombres no deja lugar libre a otras actividades.

Junto a un médico hay múltiples Jefes y Oficiales de Sanidad Militar. Necesarios son éstos más para la instrucción no técnico-profesional. Esta no puede confiarse a quien forzosamente no puede dominar los conocimientos necesarios para una enseñanza eficaz. Así resultan errores grandes, en los conceptos que sobre algunos temas llevan como bagaje, los salidos de estos Centros. Podríamos citar casos múltiples que hemos encontrado en innumerables ocasiones, mas repetimos que no pretendemos entrar en un detalle minucioso. Que continúen en buen hora los Jefes y Oficiales de Sanidad Militar en la Dirección de los Centros, pero que, a la vez, los médicos tengamos una participación activa en la elaboración de los programas y en la enseñanza misma. No es necesario mucho personal. Si los Centros cumplen con su cometido fundamental, si surten a los Cuerpos de Ejército de los hombres necesarios, el personal de los mismos se reducirá considerablemente y, a la vez, con escaso personal instructor, las enseñanzas podrían efectuarse a la perfección.

Otro hecho que debe rápidamente seleccionarse es el de la limitación parcial de las enseñanzas. En las últimas operaciones en el sector de Teruel llegó a nosotros un grupo de soldados procedentes del 2.º Centro de Instrucción. Tenían que salir al frente y se les ordenó armar sus camillas. Un grupo de ellos acudió a nosotros, notificándonos que desconocían el manejo de la camilla por haber sido instruidos en artolas. Fué necesario instruirles rápidamente... y habían pasado 5 meses en el citado Centro.

Nos parece que hay que acabar con este criterio de especialización. Las enseñanzas que a los sanitarios competen no son tan amplias como para tener que crear estas especialidades. *El sanitario—camillero, artolero, sanitario propiamente dicho—ha de dominar al igual las diversas actividades en que en un momento determinado tendrá que desarrollarse.*

Y con estos tres puntos: reducción del tiempo de instrucción, existencia de médicos para la enseñanza sanitaria y extensión a todos los hombres de las enseñanzas generales, los Centros de Instrucción y Reserva habrán dado un paso hacia su perfeccionamiento. Con ello, a la vez, se reduciría la estancia de masas de hombres sin utilidad manifiesta en poblaciones de retaguardia, y los Centros de Instrucción cumplirían su misión fundamental.

Todo esto, globalmente expuesto en líneas generales, es susceptible de ampliación y de ser desarrollado al detalle. Quisiéramos que nuestras palabras fuesen oídas y que un remozamiento de estos Centros acompase su marcha al ritmo, siempre acelerado, de nuestras formaciones sanitarias de vanguardia.

Los sanitarios dicen...

Reproducimos en esta página varios artículos entresacados del periódico mural de un Puesto de Clasificación, perteneciente a una de nuestras Unidades, que ha estado recientemente en el frente de Teruel.

caigan de las camillas en los baches, desigualdades del terreno, etc. Cuando se trata de enfermos o heridos excitados por shock, que se mueven violentamente, los sujetará, pero sin gran violencia, sólo oponiendo una resistencia a sus movimientos.

3.º Caso que se afloje un tubo compresor o un vendaje, el sanitario debe rectificarlo.

4.º El sanitario de ambulancia, con su trato, con su afecto y con sus cuidados, contribuirá, durante el trayecto, a distraer al herido en lo posible.

La disciplina del sanitario

Días pasados, cuando por vez primera ha habido una afluencia de heridos en este Puesto de Clasificación, se hizo notar— todos lo visteis—una incoordinación en el trabajo. Hacía falta un hombre en un sitio y no estaba. Se llamaba a uno e iban siete, y estos siete dejaban lógicamente abandonada otra misión. Esto es consecuencia de un deseo de ayudar en todas partes, lo es también de un mal concepto de la disciplina. Se había dispuesto que hubiese hombres dedicados exclusivamente al descenso de los heridos, otros al ascenso, otros al traslado de camilla a camilla...; en fin, que cada uno tuviera una misión específica. Se faltó a la orden, se faltó a la disciplina por el deseo, por la creencia errónea de ser más útiles.

Esperamos que esto no vuelva a suceder. Que nadie olvide esta disciplina del trabajo. Es fundamental para la buena marcha del trabajo. ¡Que nadie olvide la disciplina del trabajo! La negligencia en su cumplimiento la pagan, en último término, nuestros camaradas caídos.

Lo que debe hacer el sanitario que acompaña a los heridos en la ambulancia

Todos hemos visto estos días cómo en muchas ocasiones se ordena que un Sanitario acompañe a los heridos en la ambulancia. En un gran número de casos el Sanitario viene a preguntar: «¿Me siento junto al conductor?» Esto demuestra un desconocimiento de las funciones del Sanitario de ambulancia, y no está de sobra especificar esta función una vez más.

En primer lugar, el sanitario no va acompañando al conductor, sino a los heridos, y, por lo tanto, su lugar está en el interior de la ambulancia con los heridos mismos.

Y ya con los heridos, ¿cuál es la misión del sanitario?

1.º Regular la marcha de la ambulancia. Es decir, notificar al conductor la velocidad a que debe ir. Porque el conductor, sentado en el baquet, no puede saber lo que ocurre en el interior de la ambulancia, donde las suspensiones, etc., hacen el traslado forzosamente más incómodo, especialmente en las malas carreteras.

2.º Evitar que los heridos o enfermos

El sanitario no empleará nunca antisépticos fuertes en una herida de guerra

Los antisépticos son sustancias cuya principal cualidad es destruir los microbios. Los microbios son seres vivos muy pequeños que se introducen en nuestro organismo produciendo infecciones, y la inmensa mayoría de las enfermedades, existiendo en todas partes.

Los antisépticos obran por muy diversos mecanismos, pero en último término porque crean condiciones de vida en las que los microbios no se pueden desarrollar. Por tanto, si los ponemos en los tejidos infectados matarán los gérmenes y el enfermo quedará libre de la infección. Si esto fuese sólo así, el gran problema en la infección estaría resuelto; pero las cosas ocurren de muy diferente manera. Los

antisépticos es verdad que matan, en la mayoría de los casos, los microbios, pero no a todos; quedan algunos, los más hábiles, enquistados y resguardados en los repliegues y pequeños huecos que hay en toda herida, que seguirán la infección—el más grave inconveniente—, destruyendo las células o pequeños elementos de los tejidos y los leucocitos, que son células encargadas de destruir a los microbios. De esta manera el organismo se ve desprovisto de los elementos más importantes para su defensa, y solamente hemos conseguido perjudicar al enfermo faltando a un aforismo que es base en medicina: «primero no dañar». Otro inconveniente grave de los antisépticos es que difunden la infección por zonas no infectadas, pues como son en su mayoría líquidos, transportan por leyes mecánicas a los microbios. Un cuarto inconveniente es que enmascaran la lesión y el cirujano puede confundirse.

Después de lo dicho podíamos forjar un antiséptico ideal en nuestra imaginación, que sería el que careciera de los inconvenientes que hemos citado. El ideal no existe nunca, pero nos podemos acercar a él, y a tal efecto voy a decirnos un antiséptico que nosotros no podemos emplear porque se ha de hacer en una serie de días y el sanitario sólo cura de momento. Es el líquido de Dakin-Carrel o el hipocloritosódico, que adquirió fama en la Guerra Europea. No es más que una solución muy diluida al 5 por 100 de hipoclorito sódico en agua hervida. Se emplea en grandes cantidades a modo de irrigación en la herida procurando desbridarla, es decir, cortar todo aquello que se oponga a que la herida sea bien aparente. Por tanto, como el mejor de los antisépticos no podemos emplearlo, nos limitaremos a limpiar los alrededores de la herida y taponarla con una gasa aséptica y un vendaje.

Enseñanzas sanitarias

Desde hace ya dos días nos reunimos cuando el trabajo nos deja un poco de tiempo libre y enseñamos y aprendemos. Podemos decir que funciona ya entre nosotros una pequeña Escuela de Sanitarios. Al ánimo de todos ha llegado el convencimiento de la necesidad de que el sanitario no sea sólo un nombre, sino que reúna los conocimientos necesarios para llamarse de esta forma.

Seguiremos la marcha de nuestra Escuela. Pero esta Escuela hay que multiplicarla. Cada uno de nosotros sabe algo que no saben los demás. ¡A enseñarlos! Entre nosotros hay camilleros, arteleros, etcétera. ¡Que expliquen a otros sus conocimientos!

Además, nuestro periódico mural puede servir de enseñanza. Aquí deben escribirse también temas cortos en los que todos podamos aprender.

A LOS SANITARIOS

Camaradas: Este periódico es de toda la Sanidad del Ejército de Maniobra. Es también, por lo tanto, vuestro. Vuestras iniciativas, vuestros consejos, vuestras experiencias tienen en LA VOZ DE LA SANIDAD el lugar de expresión. Algunos camaradas sanitarios han enviado los artículos que se insertan en estas páginas. Esperamos que vosotros continuéis la línea de conducta de estos camaradas. La Sanidad de guerra no es obra exclusiva de médicos y oficiales de Sanidad Militar. Vosotros, los que en los sitios más duros de los combates, con riesgo de vuestras vidas, escribís las mejores páginas de la historia de la Sanidad, tenéis que colaborar en la estructuración de nuestro servicio.

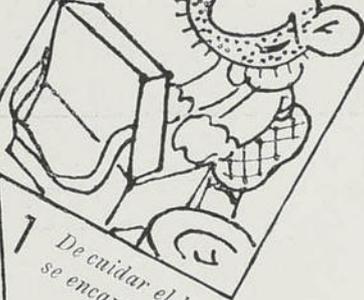
Este periódico es el vuestro, y sus páginas esperan vuestros escritos.

LA REDACCION.



Un planchazo extraordinario de Camuto sanitario

¿Que veo?



1 De cuidar el botiquín
se encarga el muy adopián.

¡Vinos
¡generosos
para los
enfermos!



2 Entre otros recipientes
vió botellas relucientes.

Esta
noche.
Cuando no
haya nadie....



3 Y se le ocurre en seguida
entregarse a la bebida.

No hay
nadie.
Esta es la mia

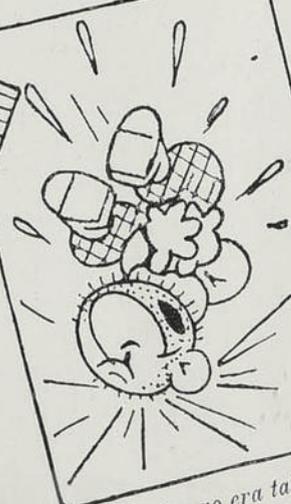


4 De noche, con gran cuidado,
hacia allá se ha encaminado.

Glu
glu
glu



5 Agarrando una botella
de un trago da cuenta de ella.



6 El vino no era tal vino;
jera aceite de ricino!

¡Reconcho!
No ma faltao casi
na pa dinarla



7 Y al purgarse de esta suerte
se puso en trance de muerte.



EL SACAMUELAS. — T. RONBOUITS

POR BUERO

UN hombre cualquiera de la Sanidad Militar—el lector mismo—lanza una ojeada rápida a la fotografía que nos encabeza el artículo. Ha sido una impresión fugaz. Una de esas impresiones que crean en nosotros el deseo de volver a mirar más detenidamente. Una y otra y otra vez. Las veces necesarias para cansar nuestro deseo de comprender hasta el final. Hagamos un esquema de estas ojeadas del hombre de la Sanidad.

He aquí un buen conjunto. Caras y gestos expresivos, viejos y jóvenes en una divertida y dolorosa comedia.

Todo es muy oscuro. Los perfiles y volúmenes se recortan violentos en la luz baja; las manos adquieren un estatismo difícil. Parece que posan ante una cámara tomavistas.

¿Qué hacen?

Es un odontólogo, nada menos. Sacamuelas sesudo y socarrón. Y con un público diverso: escépticos y maravillados, reflexivos y fanfarrones. Es la misma escena de los hospitales, de las trincheras.

¿La misma? Por lo pronto el traje no es igual. Tres siglos de diferencia. ¿Y las actitudes?

En tres siglos no pueden cambiar. Pero tampoco son las mismas; hay muchas diferencias, no fáciles de precisar.

No es una escena natural. No es esa escena clara, de gestos espontáneos, que vemos todos los días en los frentes.

En definitiva, el cuadro es muy malo. No se parece nada a la realidad que conocemos. ¿Se llama a esto escuela realista?

Es como Ribera, ese pintor de negruras de museo.

No obstante, los entendidos los admiran. ¿Por qué?

Hemos leído que el arte no debe imitar a la naturaleza. Quizás son buenos estos cuadros por eso. Se parecen y no se parecen a la realidad. Está todo en ellos como más recalado, más concreto, pero menos espontáneo que lo real. La naturaleza no da esas manos quietas, ni esos gestos demasiado fáciles de leer, ni esas posturas afectadas, ni esa luz tan dura.

¿Serán buenos estos cuadros por eso?

Eso debe ser. En cierto modo es bello que no sea igual del todo a lo que hemos visto. Seguramente por eso es arte.

¿Y para qué sirve? No será entonces para hacernos conocer la verdad, esa verdad óptica que vemos a diario en el hospital, sino para llenar nuestro cerebro de bellas mentiras.

Pero hay cuadros que se parecen más a la verdad y que se admiran más que éste. Hay cuadros que buscan la luz real y los ges-

tos naturales, y se los considera también como arte. Entonces, ¿cuál es la verdad?

Y hay quien admira este cuadro precisamente porque lo encuentra muy parecido a la realidad. ¿Dónde está la verdad?

Quizá cuando se pintó todos creían que era igual a las escenas reales. En tal caso representaría un esfuerzo admirable.

Admirable ahora también si lo consideramos históricamente.

Un sanitario de entonces tendría suficiente motivo de admiración al no notar diferencias entre lo vivo y lo pintado.

Por lo visto hay dos clases de admiración: Admiración hacia un esfuerzo histórico y admiración frente a algo que encontramos absolutamente perfecto. ¡Pero esto último también es o puede, al menos, ser histórico!

Esos cuadros que persiguen más que éste la espontaneidad de lo natural pueden ser superados. ¿Perseguida el pintor de éste sólo un acercamiento a la verdad óptica del natural? Quizá a ser así se llama a esto escuela realista.

El que admira este cuadro porque lo encuentra igual a la realidad está en un escalón óptico más bajo que el nuestro. Nosotros admiramos el esfuerzo histórico que representa, a más de admirar absolutamente ciertos cuadros más naturales.

Nuestra visión sanitaria puede servirnos entonces para comprobar, en cierto sentido, el valor de una pintura.

Se nos había olvidado la historia al despreciar este cuadro. Ahora vemos que sirvió para conocer verdades y que aun hoy sirve para ello en muchos casos. Verdades ópticas.

Tendremos en adelante que enjuiciar toda la pintura desde ese doble punto de vista. Y desde el punto de vista profesional también.

Muchos opinan así. Otros creen en las bellas y hondas mentiras de toda obra de arte.

¿Para conocer progresivamente la verdad como la ciencia o para enriquecer nuestra mentira interna, como... determinado concepto estético? ¿Para las dos cosas?

Sin negar el valor de esa solución ecléctica rehuíamos tal conclusión. Mientras los filósofos se ponen de acuerdo, admitamos la verdad vital del arte de la pintura, esa ciencia progresiva del ojo humano.

Un bello cuadro irreal. Nos invade la emoción del esfuerzo antiguo, ese esfuerzo por captar la formidable y difícil espontaneidad de la naturaleza.

Ronbouts: escuela realista.