

# LA VOZ

S U M A R I O

Dos problemas del momento, *Editorial*.—Proyecto de plantilla de un Hospital de Campaña, *J. R. Pichol*.—El Puesto de Clasificación de Funciones eventuales.—Ventre en tabla, *J. M. Madinaveitia*.—Divulgaciones de especialidades: Enucleación del globo ocular, *M. Mari Castelló*; Sobre la llamada neurosis de guerra, *J. Bartolomé*; Tratamiento de primera urgencia de los heridos máxilo-faciales, *J. L. de la Iglesia*.—Modelo de cámara de despiojamiento para Ejército Móvil, *A. Alonso*.—Bibliografía.—La labor de los Comisarios de Sanidad (II), *B. Chueca*.—Transfusiones en vanguardia, *Sastre*.—Un cuento sanitario.—Los sanitarios dicen...—La visita del médico, *A. Buero*.—Cuadro de las vitaminas y distribución de las más importantes, *F. Grande*.

*Pinturas de Franz van Mieris y Gabriel Metsu.* —*Historieta de López Rubio.*—*Dibujos de Buero.* —*Fotografías de Hermann.*



## de la SANIDAD DEL EJERCITO DE MANIOBRA

AÑO I 30 DE ABRIL DE 1938 NÚM. 5

### DOS PROBLEMAS DEL MOMENTO

La nueva situación militar ha planteado nuevos problemas a nuestra Sanidad; ha agudizado otros ya existentes. No porque la temporal incomunicación entre las dos partes de España tenga una decisiva trascendencia: a pesar de la división geográfica, la República es una y su Gobierno único. Pero sería cerrar los ojos a la evidencia suponer que todo va a seguir por el mismo camino que antes y que debemos confiar la solución de todos los problemas a los organismos centrales.

La parte principal de la industria sanitaria ha quedado en Cataluña. La importación del material sanitario no ofrece dificultades para aquella parte de España. Estas ventajas existen para nosotros en un grado menor. De la comparación vamos a sacar hoy las dos consecuencias más importantes.

*Hay que crear una industria sanitaria propia.* Claro es que una industria no se improvisa; para ponerla en marcha hacen falta varias premisas:

Conocer con exactitud las existencias y reservas de que disponemos. Saber cuáles son las posibilidades industriales en los aspectos: materia prima, maquinaria y obreros especializados.

Buscar los sustitutos de aquellas materias primas de las que carezcamos.

En una palabra: poner en juego todos nuestros recursos.

Sabemos que la Dirección de Sanidad de los Ejércitos Centrales está recogiendo los datos precisos. Pero en la creación de una industria sanitaria deben tener participación muchas iniciativas. Las nuestras no faltarán.

Nuestra Sanidad ha logrado durante su existencia una elevada efectividad; el nivel de ésta ha sobrepasado indudablemente el de la guerra mundial, pero nuestra Sanidad ha sido, y está resultando, muy cara. Para ayudar a nuestros heridos no hemos economizado ni hombres ni material. Nos ha preocupado muy poco la economía; claro está que hay que decir que no hemos sido educados en este sentido: las plantillas existentes prescriben excesivo personal. Material nos ha llegado a faltar en algunos momentos—bien por mala distribución, bien por otras causas—, pero, en general, teníamos suficiente y de algún material más que suficiente.

Esto debe terminar. *Hay que crear una sanidad económica* sin que pierda en eficacia en todos sus aspectos: en personal y material.

Ningún servicio del Ejército se presta tanto a la sustitución del hombre por la mujer como la Sanidad.



No podemos permitirnos el lujo de atenernos a las plantillas en todos los escalones sanitarios. Nuestro Ejército necesita hombres. Todas las reservas se movilizan. La Sanidad debe también restringir sus efectivos, y esto se puede conseguir por medio de una mejor distribución entre los escalones, de una parte, y por una dotación proporcional a las necesidades de las unidades según su actividad, de otra. La nueva estructura militar dará las pautas para establecer las restricciones. Dudamos que haya todavía alguien que plantee la necesidad de que cada Cuerpo de Ejército tenga su Batallón sanitario. La reciente orden sobre el empleo de los aptos para servicios auxiliares nos impone además una revisión de la política seguida respecto al personal: los aptos para empuñar un fusil, pueden ser sustituidos, en aquellos sitios que sea posible hacerlo así, por personal de servicios auxiliares. En nuestros hospitales, en las oficinas, la mujer debe ser empleada en mucha mayor proporción que lo fué hasta ahora. Ningún servicio del Ejército se presta tanto a la sustitución del hombre por la mujer como la Sanidad.

Hay que acabar con el desgaste inútil del material sanitario. Hay que hacerle rendir más. Nos referimos, en primer lugar, al material móvil. La solución del problema de la economía del material móvil está, a nuestro juicio, en la dotación proporcional a las diversas nece-

sidades de las unidades y en la creación de grupos motorizados de reserva en las grandes unidades.

En repetidas ocasiones hemos insistido en la necesidad de que las unidades de posición presten incondicionalmente todo su aparato sanitario a la unidad de maniobra que opere en su Sector; esta norma concierne por igual desde la utilización de las bolsas de socorro hasta a los hospitales.

Hay que responsabilizar a cada sanitario del material a su cargo empleando medidas que afecten a su honor de soldado y en ocasiones a su bolsillo. No se puede tolerar por más tiempo el desgaste enorme de material quirúrgico y farmacéutico. Es necesario hacer comprender, tanto al sanitario como al médico, la importancia que tiene para nuestra economía nacional el ahorro del material sanitario. Hay que organizar una recuperación efectiva creando hasta en la más pequeña Unidad responsables que se encarguen de recoger hasta la última venda y el último frasco.

Todas estas medidas no deben disminuir en manera alguna la efectividad de nuestra Sanidad. Disponemos en el interior de grandes recursos; éstos, hasta el último, deben ser puestos en juego. Los recursos del exterior también los necesitaremos. De nosotros depende en gran parte en qué medida.

## PROYECTO DE PLANTILLA PARA UN HOSPITAL DE CAMPAÑA

*Las experiencias de la campaña son las que modifican en último término las plantillas, haciendo de ellas la expresión más concentrada de unas prácticas ya generalizadas.*

*Para una sanidad viva las plantillas no pueden erigirse en fetiches; se respetan sólo mientras se adaptan a las necesidades. De otra parte, las experiencias cristalizan en plantillas hasta ahora no prescritas. Por ello publicamos a continuación un proyecto de plantilla de un Hospital de Campaña del camarada Puchol, y que representa tan sólo un reflejo de los numerosos casos ya vividos, expresando al mismo tiempo algunas necesidades de los mismos que, hasta el presente, no habían sido cubiertas.*

PERSONAL											MATERIAL												
TÉCNICO						S. M.					CUERPO DE TREN	TOTAL GENERAL DE PERSONAL	Tiendas 4 × 6	Tiendas 6 × 9	Camas completas	Camillas	Botiquín	Cocina	Menaje cocina	Auto-quir	Furgoneta		
MÉDICOS			SUBALTERNOS			Sargentos	Cabos	Soldados	TOTAL	Conductores													
Cirujanos	Ayudantes	TOTAL	Aux. Facultativos	Aux. Farmacia	Enfermeros						Sanitarios	TOTAL	Sargentos	Cabos	Soldados	TOTAL	Conductores	TOTAL GENERAL DE PERSONAL	Tiendas 4 × 6	Tiendas 6 × 9	Camas completas	Camillas	Botiquín
2	4	6	2	1	4	2	9	1	3	14	18	2	35	1	4	60	10	1	1	1	1	1	1
(1)				(2)				(3)	(4)	(5)				(6)	(7)						(8)	(9)	

(1) Un Jefe de Hospital.—Uno de los equipos ofrece y otro clasifica.

(2) Uno por equipo y uno para cada tienda.

(3) Jefe de la tropa y del montaje.

(4) Uno oficina, uno cocina, uno montador.

(5) Uno cocina, uno grupo electrógeno y auto-quir, diez montaje tiendas, guardias y camillas.

(6) Quirófano.

(7) Una triage, dos para heridos, una para personal.

(8) Con grupo electrógeno, mesas, autoclaves, instrumental, etc.

(9) Suministro de víveres, material y transporte del botiquín.

# El Puesto de Clasificación

## F U N C I O N E S E V E N T U A L E S



### Abastecimiento del material sanitario al frente

Durante una operación, el material sanitario de las unidades en combate debe ser completado constantemente. Esto podría hacerse de modo escalonado, o sea utilizando para ello la escala jerárquica de las unidades, y, en realidad, así se hace en la mayoría de los sitios; la sanidad de División abastece a la sanidad de Brigada; ésta, por su parte, lo hace a la de los Batallones, etc.

Este procedimiento sería justo si la forma de organización de la sanidad en el combate se atuviese exactamente a esta escala; pero multitud de veces no ocurre así. Si existe un P. de C. de Brigada, entonces, como es natural, el depósito de material se establece en él y desde allí se efectúa el abastecimiento de material a los Puestos avanzados. Pero si el Puesto de Brigada desaparece en favor de un Puesto de Clasificación de División o de Cuerpo, la Brigada deberá contar, en ese caso, con un lugar propio en calidad de depósito de material, lo que, como fácilmente se puede suponer, es innecesario y desventajoso, puesto que se necesita allí un personal que podría ser empleado de otro modo y hacen falta también medios de transporte. El abastecimiento podría tener dificultades por el hecho de que las unidades componentes no tienen la misma línea de evacuación. Durante el combate, el abastecimiento de material debe ser también centralizado, con arreglo a las condiciones existentes, evitando todos los trámites burocráticos.

Debe haber una entidad que, independientemente del número y pertenencia de las unidades, domine el sector por su situación y que esté en contacto continuo con aquéllas, pudiendo así satisfacer lo más pronto posible sus necesidades. El P. de C. responde a estas exigencias.

El P. de C. de Sector tiene relación inmediata y constante con los Puestos de Batallón, por medio de las ambulancias que hacen la evacuación. En cualquier traslado de unidades, su abastecimiento queda asegurado, pues entonces quedan éstos comprendidos automáticamente en la zona de abastecimiento del P. de C. del nuevo sector. De este modo se hace posible un control más eficaz de las necesidades de material y también se facilita el período, a tiempo, de material de reserva al escalón superior correspondiente.

Esta forma de abastecimiento de material se ha ensayado hasta ahora en pocas operaciones. Pero esta experiencia nos confiere el derecho de aconsejarla para un empleo general.

La mayoría de las unidades practican, por el momento, el abastecimiento escalonado de material sanitario; estamos convencidos que lo hacen más por consideraciones de propiedad y por la aspiración de conservar la independencia o la «personalidad» que por otra cosa.

Consideramos como muy importante conservar la personalidad de cada una de las unidades sanitarias, pero no lo es menos olvidar, en ciertos momentos, la personalidad propia en interés general. Por lo que respecta a las consideraciones de propiedad, es preciso desecharlas; la norma practicada de siempre por todos nosotros, «no hay heridos de mi Brigada, y de la vecina; sólo hay heridos», vale también para las férulas y vendas.

El procedimiento propuesto para abastecimiento de material es extraordinariamente sencillo: Cada una de las unidades participantes en la constitución del P. de C. del Sector, proporciona a éste un stock de material con el que contaba como reserva necesaria para la operación; de estas reservas, y de las reclamadas durante el transcurso de la misma del depósito de mate-

rial situado más atrás, el P. de C., con ayuda de las ambulancias que efectúan la evacuación, abastece directamente a los Puestos de Batallón, según sus necesidades.

Naturalmente, el P. de C. no puede almacenar material de un modo ilimitado. El Puesto de Clasificación de un Cuerpo de Ejército estaría sobrecargado innecesariamente con el material para las necesidades probables de todas sus unidades durante una larga operación. Es suficiente poseer en el Puesto una reserva para dos días aproximadamente. El depósito de la unidad superior correspondiente—División, Cuerpo de Ejército o Ejército—, efectúa la reposición constantemente. Este depósito debería estar situado, en lo posible, en la línea de evacuación del P. de C. a los hospitales, para poder utilizar a tal fin las ambulancias vacías que vuelven al Puesto. Así se puede ahorrar un camión, que de otro modo sería indispensable para el cumplimiento de esta función.

El material que en el P. de C. debe haber en reserva se deduce de las necesidades de los Puestos de Batallón y de Compañía. Es preciso que este material sea esencialmente el indispensable para la primera cura:

- Gasa esterilizada.
- Algodón.
- Vendas.
- Espadrapo.
- Tubos compresores.
- Principales medios de inyección.

Hay que tener también en reserva un cierto número de camillas y bolsas de socorro. Además, es también indispensable tener un surtido de los medicamentos más usuales.

La cantidad de este material se deduce del número de unidades que se encuentran en el radio de acción del P. de C. La cantidad de material necesario tiene que ser calculada, naturalmente, aparte del gasto considerable del P. de C. El personal necesario para este trabajo es, como ya se ha dicho en otro sitio, mínimo: se compone de un auxiliar farmacéutico y de un sanitario, que trabajan bajo el mando del jefe del P. de C.

De este modo, la unificación del abastecimiento de material dará a este servicio, junto con una economía de personal y material, una gran eficacia y seguridad.

A propósito de lo dicho, permítasenos mencionar una función del P. de C., eventual hasta ahora, pero que quisiéramos ver también como obligatoria.

Los heridos y enfermos que llegan al P. de C. no necesitan solamente un vendaje o medicamentos; están destemplados y sedientos, y proporcionarles bebida les hace muchas veces mejor efecto que administrarles medicamentos. En ningún P. de C. debería faltar nunca cognac y café. En un P. de C. hemos logrado ya procurar a los Puestos sanitarios avanzados bebida caliente. Más aún; el gran tráfico del P. de C. y los heridos leves, enfermos, recuperados, retenidos temporalmente por diferentes causas, crean la necesidad de abastecer a un número de hombres que sobrepasa en mucho al personal. Por eso, una cocina siempre dispuesta es uno de los componentes de un P. de C. idóneo.

\*

*Con el presente termina la serie de artículos que veníamos publicando; en ellos se ha resumido la forma de organización y principales funciones del Puesto de Clasificación. Debido a la importancia de esta formación sanitaria, la Jefatura de Sanidad del Ejército de Maniobra ha creído conveniente recopilar dichos artículos en un pequeño libro que aparecerá en breve.*

# C I R U R G I A   D E   V I E N T R E V I E N T R E   E N   T A B L A

POR J. M. MADINAVEITIA, JEFE DE EQUIPO QUIRURGICO

Son muchas las veces que nos encontramos perplejos ante un herido, dudando si tenemos que abrir su peritoneo o si no es menester operarlo. Dar los datos exactos de si la bala penetró en peritoneo o si quedó fuera resulta muy difícil en la mayoría de los casos.

Se han utilizado diversos métodos para poder llegar a este diagnóstico, entre los que se da como de mayor seguridad el empleo de los rayos X, colocando al paciente con el cuerpo vertical. *Lauwers* sostiene que siempre tiene aire el peritoneo cuando el proyectil perforó el estómago o intestino inclusive. Ve también los derrames intestinales por la sombra que, según dice, provocan. Estos signos tienen para él un valor mucho mayor, como es natural, que la desaparición de la matidez hepática. Esta última necesita mayor cantidad de aire intraperitoneal y casi siempre ocurre así en los casos que cuando incidimos el peritoneo sale gas con su característico sonido.

Sin embargo, *Häussler*, con quien estamos más de acuerdo, señala, en 1934, que de 17 casos de perforación gástrica, sólo 9 presentan gas visible a rayos X, y de 5 perforaciones intestinales, 2 tienen gas en peritoneo.

En clínica, y sobre todo en clínica de campaña, donde nosotros nos movemos, no tenemos a mano una instalación en condiciones de poder llevar nuestros heridos para ser reconocidos radiológicamente. Por esta razón hemos de utilizar otros medios de diagnóstico.

Por todos es conocido el síntoma clásico del vientre en tabla, la rapidez del pulso y la facies abdominal. De los dos últimos síntomas no vamos a ocuparnos, por tener poco valor, ya que nosotros hemos de operar nuestros heridos lo antes posible, a poder ser dentro de la primera hora. El pulso se acelera cuando la peritonitis es ya tóxica y lleva bastante tiempo actuando (más de seis horas casi siempre), y la cara se afila en el herido cuando también la toxicidad abdominal tiene un valor fuertemente positivo.

En cambio, la dureza del vientre se nos presenta con toda rapidez después de la lesión. Pero no se presenta siempre, y esta es la causa por la cual me interesa mucho hacer resaltar este síntoma de tanto valor clínico.

¿En qué casos se presenta el «vientre en tabla» y en cuáles no, a pesar de haber perforado el proyectil el peritoneo? Esta es una cuestión que desde hace tiempo venimos discutiendo.

*Lauwers*, en su trabajo interesante sobre perforaciones, da como síntomas dolor y contracción abdominal en el momento de la perforación, pero dice que se calma el dolor cuando el derrame peritoneo se produce, y que la contracción, por el contrario, se aumenta cuando se presenta el derrame peritoneal.

Nosotros hemos visto algunos casos que han dejado de presentar la contracción pocas horas después de haber sido reconocidos por el médico que nos los mandaba, y, sin embargo, el peritoneo contenía bastante materia intestinal. ¿Es que ocurre con el peritoneo parietal igual

que con el epiploon? Este acude siempre al sitio contaminado, pero cuando la contaminación es intensa, se retira a distancia del foco. Pudiera el peritoneo parietal actuar en igual forma y relajarse por ello la defensa de la pared abdominal cuando la inflamación peritoneal sea más intensa.

Además, tenemos numerosos casos en que la bala o metralla no llegó a penetrar en abdomen, y, sin embargo, se presenta una intensa defensa de la pared abdominal. ¿Cuál es su causa?

Ya *Maul* presenta, el año 34, un caso de golpe abdominal con hematoma y defensa de la pared. Operado a los 5 días, encuentra degeneración de Zenker del oblicuo, sin lesiones internas. *Brindeau*, en igual fecha, señala un hematoma de pared en embarazada de quinto mes, con defensa de pared. Operada ve que el hematoma llega hasta peritoneo. Por otra parte *Proust*, *Lejeune*, *Guibal* y *Cuenot*, en la Soc. de Chirurgie de París, discutieron, en 1931, sobre la defensa de la pared en los casos de hematoma peritoneal y retroperitoneal, llegando al acuerdo de que la irritación del peritoneo parietal fuera la causa de la defensa de la pared. En apoyo de todo ello viene también el caso de *Tondeur*, que presenta un hematoma retroperitoneal de riñón izquierdo y que también tiene «vientre en tabla».

Por lo tanto, vemos que la contracción del abdomen debe presentarse cuando esté afectado el peritoneo parietal. Con ello vamos nosotros de acuerdo y por eso tenemos como normal, cuando vemos un «vientre en tabla», no abrir peritoneo sistemáticamente. Cuando la lesión la produjo una bala, seguimos con el bisturí su trayecto, y en el caso de que abriéndolo fuera perjudicial, por lesionar masas musculares importantes o vasos, solemos hacer la incisión en el sitio donde tememos pudiera haber perforado el peritoneo, a juzgar por la dirección y las condiciones anatómicas del paciente.

Así, tenemos un herido en el que penetró la bala por mamila derecha, con salida en cadera izquierda, parte anterior, con gran defensa de pared, y que haciendo una incisión pararrectal izquierda, se encontró un gran hematoma peritoneal, ya que la bala dejó su túnel unos milímetros por encima del peritoneo. Por ello no necesitamos abrir peritoneo y el paciente pudo curar sin sufrir más que una intervención leve.

Tampoco el herido Antonio del Toro presenta lesión intraperitoneal, a pesar de su gran defensa de pared, por un balazo con entrada y salida en el vacío izquierdo. Operado, comprobamos que el proyectil lesionaba peritoneo, pero sin penetrar en él.

Otro paciente, también con balazo en el epigastrio, de derecha a izquierda, presenta defensa de pared; pero en la operación encontramos que tampoco penetra en el peritoneo. Lo mismo ocurre a Gerardo Creovar, con metralla en línea media supraumbilical. Desbridado, tampoco penetra en abdomen. Son varios los casos que así poseemos, pero juzgo con éstos suficientes para ver que

cuando se observa un vientre en tabla no se debe considerar siempre sintomático de perforación ni de lesión intraabdominal.

Además, para confirmarlo mejor, tenemos el caso de Tomás Quesada, con un balazo en vientre, que atraviesa peritoneo por su parte anterior; que una vez hecha la laparotomía, no encontramos perforación alguna, y que al mes de operado continuaba en perfecto estado de salud. Presentaba también una defensa abdominal intensa.

Por otra parte, tenemos el caso de José Arnal, con balazo en antebrazo izquierdo y que rompe la costilla décima, sin penetrar, con gran defensa abdominal, el cual presenta en la operación, una vez hecha la laparotomía, un estallido de la cápsula del bazo, que suturamos. Lo evacúan de hospital a los tres días, y, por desgracia, perdimos su pista, careciendo, por tanto, de los datos ulteriores que tanto nos interesaban.

Vemos, pues, que se puede presentar la defensa de la pared abdominal por perforaciones, por estar afectado el peritoneo parietal y también, como en nuestro herido recientemente operado, por existir un hematoma de los mesos intestinales, sin que pase sangre a la cavidad libre del peritoneo.

Por lo tanto, se presenta la defensa peritoneal en muchas ocasiones en que no se debe hacer una laparotomía, y, sin embargo, como en un principio dijimos, también puede presentarse un vientre blando con perforación visceral. No es, pues, un signo infalible, como algunos pretenden, la dureza del vientre para el diagnóstico de perforación.

Como siempre, en la clínica tenemos que valernos de varios síntomas y de la palpación minuciosa, el interrogatorio bien hecho, etc., para poder llegar a un diagnóstico lo más aproximado posible.

## DIVULGACIONES DE ESPECIALIDADES ENUCLEACION DEL GLOBO OCULAR

POR M. MARI CASTELLO

La perfección alcanzada en los métodos mortíferos actuales proporeciona una mayor cantidad de heridas oculares que no se observaban cuando existía un predominio de la fusilería. Por esta razón se hace más precisa la presencia de oftalmólogos en los Hospitales de Campaña. Pero desgraciadamente y por motivos que desconocemos, no han pasado nunca de proyectos los intentos de organizar el servicio de oftalmología en la sanidad de guerra y corresponderá al cirujano general, en la medida de lo posible, llenar estos vacíos que forzosamente han de presentarse.

Por todo ello, y para los que no conocen estas divulgaciones, vamos a exponer, a «grosso modo» y de la forma más clara posible, las indicaciones y técnica de la enucleación del globo ocular en las heridas de guerra, operación inocua realizada en las primeras horas del accidente y cuyo pronóstico cambia si la infección se ha declarado, por la posibilidad de una meningitis.

¿Cuándo enuclearemos un ojo?

En las heridas de guerra, el ojo tributario de enucleación no ofrece duda alguna en cuanto a la intervención a efectuar; es un globo con una o varias heridas extensas, generalmente estallado, y si no completamente aplastado, con una hipotonía enorme por vaciamiento total o parcial del contenido.

En los casos en que subsiste la forma esférica y conserva en gran parte o en su totalidad el tono, el cirujano se abstendrá de enuclear y procederá a la evacuación rápida del herido a otro centro hospitalario donde exista un especialista que decidirá sobre el caso.

Técnica de la intervención:

Con suero fisiológico, ligeramente calentado, hacemos un lavado del ojo y partes vecinas, las cuales son después pinceladas con alcohol yodado. Seguidamente instalación de unas gotas de clorhidrato de cocaína al 5 por 100. Colocación del blefarostato (en su defecto, dos hilos de seda pasados a través de la piel de los párpados nos propor-

cionarán un sustitutivo eficaz). Inyección de 4 ó 5 centímetros cúbicos de solución de novocaína al 2 por 100 en el espacio retrobulbar, a través de la conjuntiva, con lo cual conseguimos una anestesia suficiente para operar sin dolor, sin necesidad de recurrir a la anestesia general que algunos autores preconizan. Nosotros, entre las 25 enucleaciones que llevamos practicadas en el frente, sólo la hemos empleado una vez, ya que se trataba de un herido muy excitado. Para facilitar la disección de la conjuntiva, inyectamos 2 c. c. de la misma solución anestésica, subconjuntivalmente y alrededor del limbo esclerocorneal. A los cinco minutos de la inyección retrobulbar, procedemos, con pinza de conjuntiva y tijeras de punta aguda, a la sección de la misma al nivel del limbo y en toda su circunferencia y la disecamos fácilmente con las mismas tijeras cerradas, mediante movimientos de vaivén. Después seccionaremos los músculos rectos en su tendón de inserción escleral, previo montaje en un gancho de estrabismo (en su defecto, un fino estilete, doblado de una punta en ángulo recto, nos hará sus veces). Sección del nervio óptico. Suponiendo el caso más frecuente de vaciamiento del globo, hacemos presa en el polo anterior con una pinza de presión, haciendo tracción hacia fuera, con lo que el nervio se pone tirante; entonces introducimos unas tijeras curvas de punta roma por el ángulo externo e interno de la hendidura palpebral, indistintamente, y penetramos en el espacio retrobulbar. Con la punta de las tijeras identificamos fácilmente el nervio óptico, que será seccionado de un tijeretazo. Nos falta seccionar los músculos oblicuos y algunas adherencias y la enucleación estará efectuada. La abundante hemorragia de la arteria central de la retina no debe preocuparnos; se cohibe fácilmente mediante un taponamiento que retiramos a las 48 horas.

No efectuamos la sutura de los músculos rectos entre sí, ni la sutura de conjuntiva, pues a pesar de ello obtenemos una cicatrización rápida, quedando una excelente cavidad para el ojo artificial.

# SOBRE LA LLAMADA «NEUROSIS DE GUERRA»

POR J. BARTOLOMÉ

Todos los especialistas saben qué es la Neurosis de Guerra; muchos aficionados tienen sobre ella un concepto exacto, pero gran número de médicos se han formado una idea completamente errónea; en conversaciones, en preguntas, en diagnósticos de fichas de vanguardia hemos podido observar que se tiene de la Neurosis de Guerra el concepto de una entidad clínica con sintomatología propia bien definida y cuya etiología está directamente relacionada con la guerra o quizás exclusivamente con algunos aspectos trágicos de la misma. No es así; la experiencia ajena de la Gran Guerra y la propia en la actual, demuestra que la guerra no sólo no crea enfermedades mentales específicas, sino que tampoco influye ni modifica las clásicamente conocidas, como no sea teniendo de su colorido algunos de los síntomas de aquéllas. Nieto ha tenido ocasión de aportar una importante observación de esta falta de influenciabilidad de la guerra en las enfermedades mentales. Cuenta cómo en el Manicomio de Ciempozuelos (Madrid) se encontraron, durante unos cuatro meses, cerca de 3.000 enfermos sometidos casi a las mismas condiciones etiológicas que los soldados de las trincheras. Sufrieron bombardeos de aviación y artillería; la proximidad del frente les hacía oír claramente los combates; corrieron, hasta cierto punto, el peligro de quedar en poder del enemigo, y, aunque Nieto no lo cita, tenemos motivos para suponer que la alimentación y asistencia no eran todo lo suficientes y adecuadas que era de desear. No obstante esto, no se alteró la normalidad del Manicomio ni se notaron estados de excitación ni otros cambios en la marcha de las enfermedades. En este mismo sentido nos han hablado compañeros de otros establecimientos que, si bien no tan cercanos al frente, sufren también distintos aspectos de la influencia de la guerra.

Se deduce de lo expuesto que no existe tal Neurosis de Guerra, en cuanto signifique una relación específica de causa a efecto y creemos que en Psiquiatría debe desaparecer esta etiqueta que ha hecho creer lo contrario a tantos médicos.

No obstante, en la guerra se dan con tanta frecuencia algunos de los cuadros clínicos clásicos de la Psiquiatría, y crean problemas de índole militar tan importantes, que encontramos justificado que se los agrupe en Sanidad Militar bajo un nombre, y no nos parece mal el de Neurosis de Guerra. Pero veamos el concepto que debemos tener de ella.

La guerra trae consigo una serie de factores etiológicos capaces de producir trastornos mentales. Unos obran indirectamente, produciendo alteraciones orgánicas —enfermedades, alcoholismo, defectos de alimentación, fatiga física por exceso de esfuerzo y dificultades del descanso, interrupción de la regularidad de la función sexual, etc.—. Otros obran directamente sobre la psique—conflictos familiares y económicos (muy importantes en la guerra actual), el ocio en las épocas de acantonamiento, la tensión emocional y las emociones fuertes repetidas en las épocas de actividad, el peligro de muerte inmediata, etcétera—. Ninguno de estos factores es, de por sí, exclusivo de la guerra; los encontramos en la vida ordinaria asociados de distinta manera como factores etiológicos de múlti-

ples psicosis exógenas; quizás lo único que tienen de particular es el presentarse asociados y actuar persistentemente durante largo tiempo, conteniendo uno tan lesionante como el peligro de muerte inmediata.

Es natural que nuestra psique, sometida a tan anti-higiénico medio, sufra alteraciones, y así es, efectivamente. Aparte de las modificaciones del carácter de los combatientes, modificaciones que no llegan a constituir enfermedad mental, pero que tienen su importancia y podrían ser objeto de un estudio interesante, nos encontramos mirando a las estadísticas de la Guerra Europea y de la actual con un considerable aumento absoluto del capítulo de las Psicosis Exógenas, y entre ellas destacadamente de la Histeria. Con alguna frecuencia se presentan también tipos de Psicosis de reacción semejantes a los que se observan en catástrofes y otras situaciones emotivas intensas; pero los hemos visto disminuir de tal manera, pasados los primeros meses de la sublevación, que no creemos lleguen a constituir problema para la asistencia militar. No obstante, pertenecen a este grupo la mayoría de casos que leemos en la literatura de guerra, algunos de ellos descritos con gran dramática exactitud.

Pero es la Histeria el trastorno psíquico que más interés presenta para el médico militar por la frecuencia con que se observa y por el problema que plantea. No describiremos aquí su cuadro clínico, que se presenta tan proteiforme como en la práctica ordinaria; diremos solamente que la forma que encontramos con más frecuencia es la de crisis convulsivas que tienden a parecerse más o menos a las epilépticas y que casi siempre vienen con ese diagnóstico en las fichas de vanguardia. Pero lo más importante, cualquiera que sea la forma en que se presenten, es la semi-voluntariedad de sus manifestaciones, su intencionalidad buscando siempre un objetivo egoísta que a veces resalta inmediatamente y que siempre tiende a eludir las funciones militares, que causan peligro o incomodidad, o a buscar situaciones de ventaja —permisos, cargos en retaguardia, etc.—. Nosotros hemos tenido enfermos cuya presencia en nuestro servicio psiquiátrico nos indicaba infaliblemente el momento en que había trascendido a la tropa la proximidad de un combate.

Si profundizamos en los antecedentes de estos enfermos, nos encontramos siempre con taras hereditarias, muy frecuentemente directas, en el sentido de la Histeria, y con antecedentes personales de manifestaciones francamente histéricas, pero siempre observamos en ellos la personalidad histérica. Es decir, que nos encontramos ante unos individuos que por temperamento tienden a resolver las dificultades de la vida por métodos de ventaja, y que en la guerra usan de un «chantaje» más o menos voluntario, que puede ir desde la burda simulación hasta la incompleta inconsciencia, para eludir los deberes militares.

¿Cuál ha de ser la actitud del médico militar ante estos enfermos? Descontando el tratamiento psicoterápico radical que consideramos prácticamente imposible, nos quedan dos caminos: O los consideramos como enfermos y los apartamos del frente, o los tratamos como farsantes y los devolvemos a su Unidad. La primera actitud no nos

parece conveniente, pues teniendo en cuenta la extensión de la personalidad histérica, inmediatamente cundiría el ejemplo y veríamos verdaderas epidemias entre sus compañeros. Pero tampoco podemos volverlos al frente sin más ni más, como recomiendan algunos. Nosotros creemos que si no se toma una actitud personal ante ellos, son más inútiles para el frente que los mismos epilépticos, pues las crisis de estos últimos, como involuntarias, se presentan indistintamente en cualquier momento, mientras que las de los histéricos se presentan precisamente en los momentos de peligro, que es cuando su baja es más perturbadora. A nuestro criterio, el médico de Batallón debe conocer y estudiar a sus histéricos, hacer con ellos una labor psicoterápica, advertirles que sus accidentes no serán motivo de baja y tratarles con toda severidad cuando éstos se presenten. Advertirá a sus superiores del carácter de la enfermedad que padecen y la actitud que deben tomar ante ellos y sus manifestaciones patológicas. Si el médico no está versado en psiquiatría y se le presenta el problema de si las crisis son o no epilépticas —como hemos visto que ocurre a tantos médicos de Batallón—,

puede encargar el estudio del enfermo al especialista, actuando, cuando reciba el informe, con arreglo a la conducta indicada.

Durante nuestra actuación como psiquiatra del sector Sur de Aragón empleamos este método, en colaboración con algunos médicos de Batallón, y encontramos inmediatamente buenos resultados.

Así no curamos a los histéricos, pero al cerrarles la puerta que abrían con su neurosis, les obligamos a encuadrarse en los límites de la disciplina y mejoramos su rendimiento militar. Tampoco conseguimos en absoluto este objeto, pues algunos, sobre todo si son muy inteligentes, suelen encontrar subterfugios que les permiten escapar todavía por algún resquicio. También en algunos casos la histeria no obedece directamente a la guerra y no encuentra mejoría con este tratamiento.

Con todo lo expuesto, creemos que si bien no existe la neurosis de guerra como manifestación específica, podemos dar este nombre a la histeria y considerarla como tal.

## LA ASISTENCIA DEL NEUROTICO DE GUERRA

José M. Sacristán. **La asistencia del neurótico de guerra.**  
Rev. *Sanidad de Guerra*, núm. 10. Febrero de 1938.

La función de la clínica de neurosis de guerra se halla supeditada a tres fases que determinan su organización:

1. Preparación del neurótico para el momento de la cura.
2. Momento o acto de la cura.
3. Tratamiento posterior de ésta.

La terapéutica activa de la neurosis de guerra lleva consigo un hecho de gran trascendencia: la dilución de los casos rebeldes a la curación en una compacta mayoría de «curados», la cual ejerce una acción sugestiva de gran intensidad sobre el resto y los nuevos ingresados, constituyendo, fundamentalmente, el llamado por Nonne *ambiente sugestivo* de la clínica, del que depende muy principalmente su éxito. El autor acentúa que el prejuicio ético, implícito en el criterio de algunos casos, no presenta ventaja alguna para el tratamiento. En su sentir es, en gran número, perjudicial. Del mismo modo constituye una grave falta tratar explícita o implícitamente al neurótico de guerra, sin más como *simulante*. Todos los psicoterapeutas de guerra, unánimemente, coinciden en ello, puesto que la simulación pura es una rareza. La menor indicación en este sentido provoca en el enfermo una actitud de indignación contra el médico y simultáneamente se centuplican las resistencias del mismo a toda acción psicoterápica.

La preparación psíquica del caso a que más arriba se aludió se obtiene si la atmósfera de la clínica es correcta inmediatamente, limitándose entonces nuestra labor a utilizar para aquélla, previo conocimiento del temperamento, situación familiar, intereses afectivos del enfermo, aquellos puntos más útiles para reforzar la acción sugestiva. Antes de la primera sesión curativa el neurótico de guerra no debe recibir visitas ni serle concedido permiso de salida. Aquellos casos de enfermos insubordinados, que cualquier estímulo les hace reaccionar en forma de ataques, deben aislarse hasta que por sí mismos pidan su tratamiento. El trabajo psicoterapéutico deberá llevarse

en forma tal que en el término de *una semana*, a partir de su ingreso, el enfermo se halle libre de sus síntomas. El ideal es, sea uno u otro método del tratamiento empleado, lograr la completa desaparición del síntoma en una sola sesión. Suele ocurrir que algunos síntomas no desaparezcán en la misma sesión, sino en el transcurso de las 24 horas. En la tercera fase del post-tratamiento, si el enfermo continúa libre de su alteración, se le concede permiso para salir solamente durante unas cuantas horas. En general, el esfuerzo en los casos de absoluta desaparición de los síntomas debe dirigirse a alcanzar en el menor espacio de tiempo posible la reintegración psíquica y física del individuo. Para ello no hay más que un remedio soberano: El *trabajo*, en la forma metódica que se estime, según el caso, más conveniente.

M. H.

N. de la R.

Hemos publicado juntos el artículo del Dr. Bartolomé sobre *Neurosis de Guerra* y el extracto de un trabajo sobre el mismo tema del Dr. Sacristán, con el fin de demostrar a nuestros médicos los diferentes puntos de vista que sobre el problema de los neuróticos tienen los especialistas de Psiquiatría. Así, mientras uno de estos psiquiatras trata a los neuróticos en una clínica que cuenta con toda clase de posibilidades, el otro, partiendo de un concepto "militar", llega hasta el punto de negar la existencia de los neuróticos de guerra. Creemos que hay un camino medio: hay neuróticos de guerra, pero generalmente no nos podemos permitir el lujo de tratarlos en las clínicas de las capitales; hay posibilidades de llevar a cabo los mismos tratamientos de las clínicas en las circunstancias simples de unas enfermerías cercanas al frente, inclusive en las mismas unidades. El problema planteado por el Dr. Bartolomé lo creemos justo: hace falta que los médicos de las unidades tomen interés en estos casos. Nos permitimos, finalmente, una opinión profana: creemos que existen también simuladores.

# TRATAMIENTO DE PRIMERA URGENCIA DE LOS HERIDOS MAXILO-FACIALES

POR J. L. DE LA IGLESIA

Es lástima que teniendo todos los Cuerpos de Ejército sus Odontólogos, éstos, durante los combates, no pasen, por lo menos dos de ellos, a ocupar sus puestos en los hospitales de evacuación correspondientes, en vez de seguir practicando la consulta de odontología, que en estas circunstancias debe relegarse a un segundo plano. Se vería entonces, como hemos podido apreciar en estas últimas operaciones del Sur del Ebro, como todos los heridos de boca, al ser tratados por un especialista en las primeras horas, llegan a los hospitales de retaguardia en condiciones mucho mejores para su cura total y prótesis consiguiente.

Hay dos problemas, a nuestro modo de ver, en estos heridos: el que se refiere a las heridas cutáneas y partes blandas, y el que lo hace a las lesiones óseas, ya sea con o sin pérdida de substancia. En las partes blandas no hay más que un camino a seguir: la intervención inmediata en el Hospital de Evacuación, previa limpieza de bordes; claro es que podría darse el caso de que el herido llegara a nuestras manos después de haber transcurrido el tiempo fijado como máximo, diez a doce horas, para la cicatrización por primera intención de estas clases de heridas, en cuyo caso, después de una meticulosa «toilette» quirúrgica, sería de gran utilidad algunos puntos de aproximación, los cuales orientarían la cicatrización por segunda intención, con lo cual lograríamos un mejor resultado estético y que al mismo tiempo facilita la prótesis consecutiva.

En las lesiones de partes óseas, la reducción e inmovilización debe ser también inmediata, para lo cual los especialistas situados en los Hospitales de Evacuación deben efectuarlas con todos los medios que tengan a su alcance, y darles las máximas garantías durante el traslado.

La reducción e inmovilización de las fracturas puede hacerse simplemente con alambre de ortodoncia del tipo medio, sin necesidad de arcos y toma de impresiones, que demorarían su

rápida evacuación, y que pasados por los espacios interdentarios superiores y unidos por los pasados por los espacios interdentarios inferiores, forzarían a los trozos de maxilar fracturados a efectuar una oclusión perfecta, ya que al estar la herida muy reciente puede hacerse una buena reducción de la fractura, seguida de la inmovilización bastante duradera para el trayecto ambulatorio desde el Hospital de Evacuación al Hospital de retaguardia, pudiendo decir que algunas veces basta esta operación para la completa curación del herido, que no tiene que ser intervenido lo más mínimo en la retaguardia, y al que sólo se le practica, como es natural, la restauración protésica correspondiente.

Sé, por experiencia, que muchas veces esto es imposible por la falta de alambre especial de ortodoncia, pero esto también es subsanable con un poco de interés e inventiva, pues nosotros, al tropezar algunas veces con este inconveniente, lo hemos salvado sustituyendo dicho alambre por crin corriente de suturar, y aunque la inmovilización y reducción no sean tan duraderas, cumplen su cometido, mientras dura el transporte del herido, con la ayuda de una fronda convenientemente apretada, advirtiendo, como es natural, al herido que procure mantener la boca cerrada durante todo el tiempo que dure su traslado.

Para terminar estos breves comentarios insistiremos sobre la necesidad de un odontólogo en los Hospitales de Evacuación, ya que con su colaboración personal daremos una nota más de humanitarismo al preocuparnos de que todos los heridos, cualquiera que sea la característica de su lesión, se hallen atendidos desde los primeros momentos por verdaderos especialistas, que harán con su actuación una mejor y más pronta curación de sus dolencias. En los días de calma puede el odontólogo ampliar su campo de acción realizando trabajos de odontología no quirúrgica.

## MODELO DE CAMARA DE DESPIOJAMIENTO PARA EJERCITO MOVIL POR EL DR. A. ALONSO

Por las características de nuestro Ejército de Maniobra que, por lo que a nuestro objeto respectan, son: 1.º, gran movilidad; 2.º, escasísimo tiempo de descanso y nunca permanencia en sus bases, sino inmediatamente detrás de la línea de fuego y siempre en sitio distinto, nos hemos visto en la necesidad de abordar el problema del despiojamiento de nuestras Unidades acomodando nuestra técnica a estas características.

Se necesita, pues, un material de muy escaso peso y volumen para que resulte fácilmente transportable, una técnica por la que se consiga un despiojamiento eficaz en el menor tiempo posible, que los materiales de construcción sean de fácil adquisición, que la mano de obra resulte fácil, tanto en cantidad como en especialización de obreros, y que todo ello sea del menor coste posible, ya que el factor económico es para nosotros de fundamental importancia.

Estamos, por tanto, muy lejos de poder montar las clásicas estaciones fijas, de tan excelentes resultados en frentes estabilizados. No podemos tampoco pensar en la cámara metálica sobre camión, ya que su elevado coste, así como su difícil construcción,

nos impediría poder dotar a nuestro Ejército de la cantidad de ellas necesarias. Ha sido preciso, pues, abandonar los métodos clásicos e idear algo que, si bien no tan perfecto, se adapte en un todo a las características antes señaladas, haciendo posible el despiojamiento efectivo de un Ejército Móvil.

Aquí sólo hemos de ocuparnos de una parte de la técnica del despiojamiento, que es el tratamiento de las ropas insectadas, por procedimientos que destruyan los parásitos; parte, desde luego, la más importante de la técnica, por ser el piojo un habitante de la ropa y no del cuerpo, al que sólo utiliza para nutrirse.

Hemos pasado revista, primero, a las distintas cámaras de gases usadas para estas prácticas; segundo, a los gases en ellas empleados; tercero, a los aparatos generadores de estos gases. Después de esta revisión hemos llegado a la conclusión de que la cámara más a propósito para nosotros es la de lona; de que el gas mejor, por obrar en menos tiempo, era el cianhídrico, y de que, por lo que al aparato generador respecta, debía ser aquel que, además de ser fácilmente improvisable,

# CUADRO DE LAS VITAMINAS Y DISTRIBUCION DE LAS MAS IMPORTANTES

INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE DE LA ALIMENTACION

Las últimas investigaciones en el terreno de las vitaminas son seguramente desconocidas para la mayoría de nuestros médicos; desconocidas como tantas otras investigaciones científicas, bien porque no llegaron a nosotros durante los veintidós meses de guerra, bien porque, si lo hicieron, no teníamos el interés científico suficiente para buscarlas durante las horas libres en las bibliotecas de nuestras capitales. Sin embargo, las tareas de la guerra no absorben de igual manera a todos los médicos; quedaron en España lugares donde las novedades científicas del mundo no sólo se perciben, sino que en ellos también se investiga, y no aportan menos a la guerra que nosotros.

La adjunta tabla sirvió como base de la alimentación vitamínica para los niños de Madrid. Su autor, el camarada Francisco Grande—fisiólogo conocido en los círculos científicos internacionales—, recogió los datos teóricos existentes, añadió otros nuevos, y no sólo esto: también llevó a cabo la realización práctica de este plan dentro de las dificultades naturales de la guerra.

El trabajo, como tantos otros de carácter científico que se realizan hoy en España, desconocidos en el extranjero, es un ejemplo más del espíritu creador de nuestro pueblo que, dentro de la sangrienta lucha que libra, es capaz de lograr frutos de investigación que podrían ser motivo de orgullo para cualquier instituto europeo.

Aparte de su indudable interés científico, la tabla de Grande podrá ser muy útil en nuestros hospitales y, especialmente, en aquellos que su lugar de emplazamiento origina dificultades por la insuficiente alimentación vitamínica.

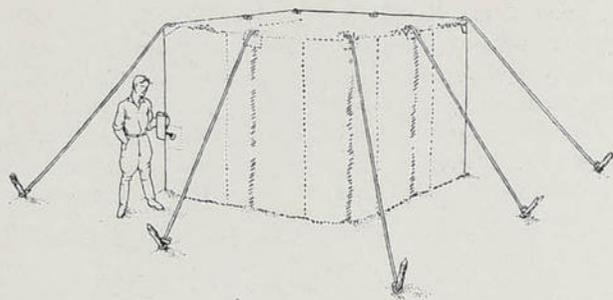
DENOMINACIÓN Y PROPIEDADES	ACCIÓN FISIOLÓGICA	SÍNTOMAS DE CARENCIA	EFECTOS TERAPÉUTICOS	DOSIS ÓPTIMA	CONCENTRADOS Y SUBSTANCIAS QUE LAS CONTIENEN EN GRAN PROPORCIÓN	CONTENIDO EN DISTINTOS ALIMENTOS																																											
						VEGETALES	ANIMALES																																										
<b>A</b> FÓRMULA: C <sub>20</sub> H <sub>30</sub> O. Se altera por oxidación. Ácido y foto-lábil. LIPOSOLUBLE Pro-vitaminas A <ul style="list-style-type: none"> <li>α caróteno.</li> <li>β caróteno.</li> <li>γ caróteno.</li> <li>criptoxantina.</li> </ul>	Antixerofálmica. Antiinfectiva. Protectora epitelios.	Hemeralopia, xerofalmia, disminución, sensibilidad conjuntiva, fotofobia. Resistencia disminuida a las infecciones de las glándulas y senos. Sequedad piel y mucosas. Hipoacidéz gástrica. Degeneración córnea de los epitelios. Alteraciones menstruales; amenorrea.	Evita y corrige las alteraciones oculares de la córnea y las de acomodación a la luz. Excita las secreciones y estimula el apetito. Asegura integridad de los epitelios. Favorece el crecimiento y el tono fisiológico.	2 o 3 mgrs. por día. α Caróteno 10 mgrs. β Caróteno 5 mgrs. γ Caróteno 10 mgrs. Criptoxantina 10 mgrs. 1 mg. = 1.666 U. I. 1 U. I. = 0,6 γ de β caróteno.	Aceite hígado atún. Aceite hígado hipoglossus. Aceite hígado de bacalao Concentrados vegetales ricos en β caróteno.	<table border="1"> <tr><td>Berros</td><td>4</td><td>mgrs. en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Col</td><td>4</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Espinacas</td><td>8,14</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Escarola</td><td>60</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Lechuga</td><td>20</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Perejil</td><td>60</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Zanahorias</td><td>8</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Albaricoques secos</td><td>5,6</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Naranja (piel)</td><td>1,25</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Plátanos</td><td>0,75-1</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Berros	4	mgrs. en 100 grs.	Col	4	» » » »	Espinacas	8,14	» » » »	Escarola	60	» » » »	Lechuga	20	» » » »	Perejil	60	» » » »	Zanahorias	8	» » » »	Albaricoques secos	5,6	» » » »	Naranja (piel)	1,25	» » » »	Plátanos	0,75-1	» » » »	<table border="1"> <tr><td>Leche</td><td>0,2 0,8</td><td>mgrs. en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Mantequilla</td><td>2-20</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Queso</td><td>1,6 5,2</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Aceite de hígado de bacalao</td><td>4-200</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Leche	0,2 0,8	mgrs. en 100 grs.	Mantequilla	2-20	» » » »	Queso	1,6 5,2	» » » »	Aceite de hígado de bacalao	4-200	» » » »
Berros	4	mgrs. en 100 grs.																																															
Col	4	» » » »																																															
Espinacas	8,14	» » » »																																															
Escarola	60	» » » »																																															
Lechuga	20	» » » »																																															
Perejil	60	» » » »																																															
Zanahorias	8	» » » »																																															
Albaricoques secos	5,6	» » » »																																															
Naranja (piel)	1,25	» » » »																																															
Plátanos	0,75-1	» » » »																																															
Leche	0,2 0,8	mgrs. en 100 grs.																																															
Mantequilla	2-20	» » » »																																															
Queso	1,6 5,2	» » » »																																															
Aceite de hígado de bacalao	4-200	» » » »																																															
<b>COMPLEJO VITAMÍNICO</b> <b>B<sub>1</sub></b> FÓRMULA = C <sub>12</sub> H <sub>14</sub> ON <sub>4</sub> S Alcali y termo-lábil.	Antineurítica.	Polineuritis. Ataxia y parestias graduales. Anorexia. Estasis intestinal. Edemas. Hipertrofia cardíaca. Hipotermia, hipotensión, adelgazamiento. Alteraciones sensibilidad.	Curación de los síntomas de la polineuritis del beri-beri Estimula los cambios metabólicos. Corrige las alteraciones producidas por dietas pobres en vitamina B <sub>1</sub> .	0,25 a 1 mg. por día Unidad internacional = 1,80 1 mg. = 555 U. I.	Cáscara de arroz. Levadura de cerveza.	<table border="1"> <tr><td>Espinacas</td><td>0,12</td><td>mgrs. en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Lechuga</td><td>0,16</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Rábanos</td><td>0,11</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Zanahorias</td><td>0,11</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Ciruelas secas</td><td>0,16</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Higos secos</td><td>0,15</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Levadura de cerveza (seca)</td><td>1,10-4,15</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Espinacas	0,12	mgrs. en 100 grs.	Lechuga	0,16	» » » »	Rábanos	0,11	» » » »	Zanahorias	0,11	» » » »	Ciruelas secas	0,16	» » » »	Higos secos	0,15	» » » »	Levadura de cerveza (seca)	1,10-4,15	» » » »	<table border="1"> <tr><td>Leche</td><td>0,04</td><td>mgrs. en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Hígado fresco</td><td>0,27</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Sesos</td><td>0,11</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Leche	0,04	mgrs. en 100 grs.	Hígado fresco	0,27	» » » »	Sesos	0,11	» » » »												
Espinacas	0,12	mgrs. en 100 grs.																																															
Lechuga	0,16	» » » »																																															
Rábanos	0,11	» » » »																																															
Zanahorias	0,11	» » » »																																															
Ciruelas secas	0,16	» » » »																																															
Higos secos	0,15	» » » »																																															
Levadura de cerveza (seca)	1,10-4,15	» » » »																																															
Leche	0,04	mgrs. en 100 grs.																																															
Hígado fresco	0,27	» » » »																																															
Sesos	0,11	» » » »																																															
<b>B</b> Complejo <ul style="list-style-type: none"> <li>Lactoflavina: C<sub>17</sub>H<sub>10</sub>N<sub>4</sub>O<sub>6</sub> (B<sub>2</sub>) Alcali y termo-lábil.</li> <li>Factor antidermático ratas (B<sub>6</sub>) Alcali y foto-lábil.</li> <li>Factor anémico (extrínseco) Termo y alcali-estable.</li> </ul> B <sub>2</sub> B <sub>3</sub> Factor crecimiento aves. - Alcali-lábil. B <sub>4</sub> Factor crecimiento ratas. - Alcali-lábil. B <sub>5</sub> Factor crecimiento aves. - Alcali-estable.	Estimulante del crecimiento.	Detención del crecimiento en la rata y gallina.	Evita y corrige la detención del crecimiento en la rata y gallina.	2 o 3 mgrs. por día. 1 unidad biológica = 8 γ 1 mg. = 125 U. B.	Hígado de buey. Levadura de cerveza. Albúmina de huevo. Extractos hepáticos.	<table border="1"> <tr><td>Espinacas</td><td>0,16</td><td>mgrs. en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Zanahorias</td><td>0,02</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Albaricoques secos</td><td>0,05</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Levadura de cerveza (seca)</td><td>2-5</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Espinacas	0,16	mgrs. en 100 grs.	Zanahorias	0,02	» » » »	Albaricoques secos	0,05	» » » »	Levadura de cerveza (seca)	2-5	» » » »	<table border="1"> <tr><td>Leche</td><td>0,08</td><td>mgrs. en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Hígado fresco</td><td>4</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Sesos</td><td>0,50</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Miel</td><td>0,10</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Leche	0,08	mgrs. en 100 grs.	Hígado fresco	4	» » » »	Sesos	0,50	» » » »	Miel	0,10	» » » »																		
Espinacas	0,16	mgrs. en 100 grs.																																															
Zanahorias	0,02	» » » »																																															
Albaricoques secos	0,05	» » » »																																															
Levadura de cerveza (seca)	2-5	» » » »																																															
Leche	0,08	mgrs. en 100 grs.																																															
Hígado fresco	4	» » » »																																															
Sesos	0,50	» » » »																																															
Miel	0,10	» » » »																																															
<b>HIDROSOLUBLE</b> B <sub>6</sub> Factor antipelagroso ratas. Foto y alcali-lábil. Otros factores antipelagrosos hombre (PP. Goldberger).	Antipelagrosa.	Dermatitis simétricas en dorso, pies y manos y alrededor del cuello (collar de Casal). Estomatitis. Glositis. Trastornos gastro-intestinales. Trastornos nerviosos y mentales. Anemia.	Previene y corrige los trastornos de carencia. Su efecto se refuerza por administración de hierro.	No bien conocida, se evalúa por encima de 150 unidades de rata.	Levadura de cerveza. Hígado, extracto de hígado. Salmón. Carne fresca.	Levadura de cerveza (seca) 150 unidades rata en 100 grs.	<table border="1"> <tr><td>Leche</td><td>10 u. rata</td><td>en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Hígado fresco</td><td>530</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Carne de ternera</td><td>150</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Salmón</td><td>200</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Leche	10 u. rata	en 100 grs.	Hígado fresco	530	» » » »	Carne de ternera	150	» » » »	Salmón	200	» » » »																														
Leche	10 u. rata	en 100 grs.																																															
Hígado fresco	530	» » » »																																															
Carne de ternera	150	» » » »																																															
Salmón	200	» » » »																																															
<b>C</b> FÓRMULA: C <sub>6</sub> H <sub>8</sub> O <sub>6</sub> (ac. ascórbico). Termo y foto-lábil. Se altera por oxidación.	Antiescorbútica Necesaria para mantener la resistencia de la pared capilar.	ESCORBUTO: Hinchazón dolorosa articulaciones. Gingivitis. Caída de los dientes. Hemorragias cutáneas y gingivales. Petequias. Anemia. Resistencia capilar disminuida. Trastornos óseos.	Previene y cura los trastornos escorbútics. Aumenta la resistencia capilar. Acelera la coagulación de la sangre. Regula la acción fisiológica de algunos fármacos y hormonas.	20-50 mgrs. por día. U. I. = 0,05 mgrs. ac. ascórbico. 1 mg. ácido ascórbico = 20 U. I.	Jugo limón y naranja. Pimiento. Berros.	<table border="1"> <tr><td>Col</td><td>100</td><td>mgrs. en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Rábano</td><td>100</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Naranja (jugo)</td><td>60</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Fresas</td><td>50</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Col de Bruselas</td><td>50</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Albaricoques secos</td><td>12</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Col	100	mgrs. en 100 grs.	Rábano	100	» » » »	Naranja (jugo)	60	» » » »	Fresas	50	» » » »	Col de Bruselas	50	» » » »	Albaricoques secos	12	» » » »	<table border="1"> <tr><td>Leche</td><td>0,5-1</td><td>mgrs. en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Hígado fresco</td><td>68</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Leche	0,5-1	mgrs. en 100 grs.	Hígado fresco	68	» » » »																		
Col	100	mgrs. en 100 grs.																																															
Rábano	100	» » » »																																															
Naranja (jugo)	60	» » » »																																															
Fresas	50	» » » »																																															
Col de Bruselas	50	» » » »																																															
Albaricoques secos	12	» » » »																																															
Leche	0,5-1	mgrs. en 100 grs.																																															
Hígado fresco	68	» » » »																																															
<b>D</b> FÓRMULA: C <sub>28</sub> H <sub>44</sub> O (calciferol). Resiste oxidación y calor. Se altera por la luz ultravioleta.	Antirraquítica. Necesaria para el mantenimiento del metabolismo de Ca. y P. en condiciones normales.	RAQUITISMO: Defectos osificación en el niño. Reblandecimiento huesos adulto (osteomalacia.) Posario costal: Deformidades miembros. Craneotabes. Hipoplasia dental. TETANIA: Aumento excitabilidad nervios periféricos. Convulsiones. Contracturas. Alteración de la relación P/Ca.	Previene y corrige los trastornos raquíticos y tetánicos. Normaliza el metabolismo de Ca. y P. favoreciendo la absorción por el intestino y su deposición en los huesos y dientes.	0,002 mgrs. por día. U. I. = 0,1 γ calciferol. 1. mg. calciferol = 10.000 U. I.	Aceite de hígado de bacalao.		<table border="1"> <tr><td>Leche</td><td>0,0002</td><td>mgrs. en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Mantequilla</td><td>0,0005 0,014</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Yema de huevo</td><td>0,02</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Salmón</td><td>0,00014</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Aceite de hígado de bacalao</td><td>0,04-0,4</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Leche	0,0002	mgrs. en 100 grs.	Mantequilla	0,0005 0,014	» » » »	Yema de huevo	0,02	» » » »	Salmón	0,00014	» » » »	Aceite de hígado de bacalao	0,04-0,4	» » » »																											
Leche	0,0002	mgrs. en 100 grs.																																															
Mantequilla	0,0005 0,014	» » » »																																															
Yema de huevo	0,02	» » » »																																															
Salmón	0,00014	» » » »																																															
Aceite de hígado de bacalao	0,04-0,4	» » » »																																															
<b>E</b> FÓRMULA: C <sub>30</sub> H <sub>50</sub> O <sub>2</sub> Oxi y termoestable.	Antiesterilidad. Necesaria para el normal desarrollo de las funciones de reproducción.	EN EL MACHO: Lesiones de los conductos seminíferos. Azoospermia. Atrofia de los conductos seminíferos. Esterilidad. EN LA HEMBRA: Al comienzo fecundación normal. Parto con feto muerto. En casos avanzados reabsorción intrauterina de feto y placenta. Deciduosomas espontáneos. EN AMBOS SEXOS: Distrofias musculares, parálisis y parestias de las extremidades.	Corrige los trastornos causados por su ausencia en la dieta. Empleada clínicamente en los trastornos genitales achacables a déficit alimenticio (debilidad sexual, azoospermia, esterilidad, hipogalactia, menarquia retrasada.)	Desconocida.	Semillas de trigo germinadas. Alfalfa.	<table border="1"> <tr><td>Cifras expresadas en valores de actividad relativa</td><td>100</td><td>dosis mínima en grs.</td></tr> <tr><td>Levadura</td><td>20</td><td></td></tr> <tr><td>Berros</td><td>50</td><td></td></tr> <tr><td>Legumbres verdes</td><td>40</td><td></td></tr> <tr><td>Ensalada lechuga</td><td>40</td><td></td></tr> <tr><td>Embrión de trigo seco</td><td>400</td><td></td></tr> </table>	Cifras expresadas en valores de actividad relativa	100	dosis mínima en grs.	Levadura	20		Berros	50		Legumbres verdes	40		Ensalada lechuga	40		Embrión de trigo seco	400		<table border="1"> <tr><td>Cifras expresadas en valores de actividad relativa</td><td>100</td><td>dosis mínima en grs.</td></tr> <tr><td>Musculatura de ternera</td><td>20</td><td></td></tr> <tr><td>Hígado de ternera</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>Placenta de ternera</td><td>25-100</td><td></td></tr> <tr><td>Hipófisis (lóbulo anterior)</td><td>25-100</td><td></td></tr> </table>	Cifras expresadas en valores de actividad relativa	100	dosis mínima en grs.	Musculatura de ternera	20		Hígado de ternera	10		Placenta de ternera	25-100		Hipófisis (lóbulo anterior)	25-100										
Cifras expresadas en valores de actividad relativa	100	dosis mínima en grs.																																															
Levadura	20																																																
Berros	50																																																
Legumbres verdes	40																																																
Ensalada lechuga	40																																																
Embrión de trigo seco	400																																																
Cifras expresadas en valores de actividad relativa	100	dosis mínima en grs.																																															
Musculatura de ternera	20																																																
Hígado de ternera	10																																																
Placenta de ternera	25-100																																																
Hipófisis (lóbulo anterior)	25-100																																																
<b>H</b> Resistente al calor.	Protectora de la piel. Evita la seborrea. Interviene en el metabolismo de la piel especialmente en el recambio de las grasas.	Inflamación de la piel. Formación de costuras. Descamación. Aumento secreción sebácea. Caída del pelo (seborrea). Piodermitis.	Corrige los trastornos de su carencia. Especialmente activa en la dermatitis seborreoides de los niños. A más de los trastornos cutáneos cura sus secuelas.	Según Gyoergy 50 unidades rata por kilo de peso y día.	Hígado y riñón (la cocción aumenta el contenido en vitamina H. del hígado y riñón). Legumbres verdes.	<table border="1"> <tr><td>Levadura</td><td>200 250</td><td>u. rata en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Harina patata</td><td>160-250</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Plátano</td><td>100-125</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Levadura	200 250	u. rata en 100 grs.	Harina patata	160-250	» » » »	Plátano	100-125	» » » »	<table border="1"> <tr><td>Hígado y riñón</td><td>1.000</td><td>u. rata en 100 grs.</td></tr> <tr><td>Riñón cocido</td><td>2.000</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Leche de vaca</td><td>50-100</td><td>» » » »</td></tr> <tr><td>Sesos</td><td>160</td><td>» » » »</td></tr> </table>	Hígado y riñón	1.000	u. rata en 100 grs.	Riñón cocido	2.000	» » » »	Leche de vaca	50-100	» » » »	Sesos	160	» » » »																					
Levadura	200 250	u. rata en 100 grs.																																															
Harina patata	160-250	» » » »																																															
Plátano	100-125	» » » »																																															
Hígado y riñón	1.000	u. rata en 100 grs.																																															
Riñón cocido	2.000	» » » »																																															
Leche de vaca	50-100	» » » »																																															
Sesos	160	» » » »																																															
<b>K</b> Resistente al calor y a la oxidación.	Antihemorrágica. Necesaria para la coagulación de la sangre.	Aumento del tiempo de coagulación de la sangre. Hemorragias en musculatura y piel.	Acorta el tiempo de coagulación. Evita las hemorragias en los animales sometidos a dieta carente de esta vitamina.	Necesidades para el hombre desconocidas.	Cañamones, hígado de cerdo, tomate, col.																																												

LA VOZ DE LA SANIDAD - Suplemento n.º 1

---

permitiera producir el gas sin que el individuo encargado de esta operación corriera peligro alguno, dada la alta toxicidad de este gas.

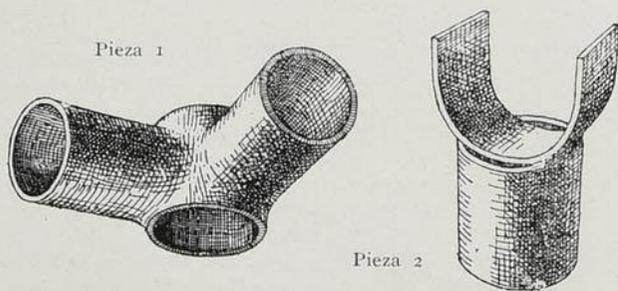
Veamos, pues, la cámara de lona por nosotros ideada y su funcionamiento y rendimiento.



La lona en que va construída nuestra cámara es de la clase empleada en la desinfección de los naranjos en la zona de Levante. No es difícil idear una tienda de esta lona, con su apropiada ensambladura de madera; pero se precisaba madera a propósito, así como mano de obra, aparte de aumentar el impedimento para su transporte cada vez que hubiera de trasladarse dicha tienda. Para evitar estos inconvenientes se nos ocurrió construir dicha ensambladura con palos de camilla, que no era preciso construir ni transportar con la tienda, ya que se pueden utilizar los de las camillas de las Unidades, puesto que el despiojamiento se hace estando las Unidades en descanso y, por tanto, cuando nada hay que hacer con las camillas.

Nuestra cámara es, geoméricamente considerada, un cubo construído con lona, al que le falta una cara, que es la que ha de dar sobre tierra, cubo que tiene por cada arista la longitud de un palo de camilla, o sea 2'50 metros. Si colocamos 4 palos de camilla formando un cuadrado, y ese cuadrado lo colocamos horizontalmente y lo elevamos sobre otros 4 palos de camilla colocados verticalmente, tendremos la ensambladura de la tienda. No hay más que colocar la lona sobre este andamiaje y resulta montada la cámara de gas.

Para su montaje se empieza por formar el cuadro con 4 palos de camilla, para lo cual hemos construído unas piezas de empalme, en número de 4, que son 3 tubos colocados en ángulo recto, 2 en sentido horizontal y uno vertical. Las puntas de los palos que forman el cuadro horizontal se enchufan en los tubos horizontales y las de los palos verticales de cada ángulo en el enchufe vertical (pieza núm. 1).



Con esta construcción se hizo el primer experimento, pero resultó que al cargar de ropa el techo de la tienda, por efecto de la tracción hacia dentro de las cuerdas de que iba colgada la ropa, los palos se doblaban y uno de ellos terminó por romperse. Por esto nos vimos obligados a colocar otro palo que hiciera de puntal en la parte media de cada palo del cuadro horizontal, fijándolo a éste por otra pieza, que es un tubo colocado verticalmente, en el que se enchufa la punta del

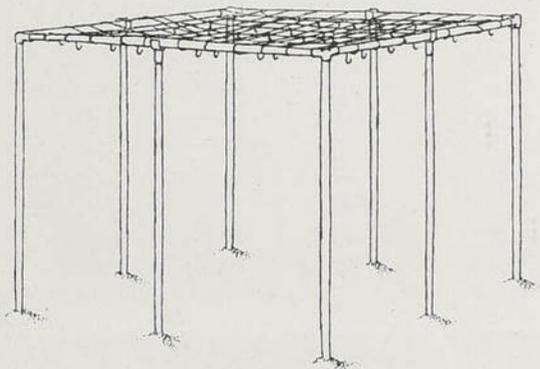
palo y un asa vuelta hacia arriba, sobre la que gravita el palo horizontal (pieza núm. 2).

Esto, unido a que se han colocado unos vientos no sólo en cada ángulo superior de la tienda, sino en cada uno de estos puntales intermedios, vientos que partiendo del extremo superior de cada palo vertical se dirigen hacia dentro, para dar la vuelta pasando por encima de los palos horizontales y saliendo de la tienda por agujeros practicados en la lona para ir a prenderse en la correspondiente estaca, queda la tienda con la suficiente estabilidad para el servicio que ha de prestar.

Creemos que con esta pequeña descripción y los grabados que la acompañan, queda suficientemente explicada la estructura de nuestra cámara de gases.

Pasemos ahora a describir el mecanismo generador de cianhídrico: En vez de utilizar cualquiera de los aparatos generadores que existen en el comercio, hemos preferido renunciar a ellos por su difícil adquisición en las circunstancias actuales, facilidad de estropearse, múltiples cuidados para su transporte, precio, etc. Nuestro procedimiento es menos perfecto, pero es lo suficiente para ser eficaz. Consiste en lo siguiente:

Un recipiente de loza vidriada colocado en el interior de la tienda, para depositar en él el ácido sulfúrico; un irrigador,



que va fuera de la tienda, donde se coloca la solución de cianuro sódico; una goma que, partiendo de la espita del irrigador, penetra en la tienda por un agujero de calibre apropiado y al que ajusta perfectamente y va a caer justamente encima del recipiente del ácido sulfúrico; esta goma va dotada de una llave de paso, que es simplemente la llave de la cánula rectal del irrigador, colocada a pocos centímetros de la espita de dicho irrigador, y, por tanto, fuera de la tienda, por medio de cuya llave podemos hacer que pase la solución de cianuro a través de la goma en el momento oportuno.

Por lo que al funcionamiento que de este mecanismo respecta, es extremadamente simple. Una vez montada la tienda, se nos presenta el problema de cómo se ha de colgar la ropa. Esto lo hemos resuelto tejiendo sobre el cuadro horizontal de palos de camilla una red de cuerdas lo suficientemente resistentes, cuyas mallas cuadrangulares tienen aproximadamente un decímetro cuadrado y en cuyos ángulos se cuelgan unos ganchos de alambre, construídos simplemente de los desechos de alambradas viejas, con lo que conseguimos tener una cantidad grande de ganchos para colgar de cada uno una prenda de ropa. Esta red se teje en el momento en que se monta el cuadro horizontal de palos, esto es, antes de poner la lona; en cambio los ganchos no se colocan hasta después de montada la tienda.

Una vez montada la tienda, la red de cuerda y los correspondientes ganchos, se empiezan a colgar las piezas de ropa en la cantidad de una por cada gancho, con objeto de que toda la superficie de la prenda sea bañada por el gas, detalle de importancia para el éxito, dado el escaso poder de penetración del cianhídrico.

Hecho esto, se baja toda la lona hasta el suelo, colocando antes, dentro de la tienda, el recipiente con el sulfúrico y la goma del irrigador, a la que se hace pasar a través del agujero existente en la lona, sujetando la parte de goma que penetra en la tienda con unos esparadrapos sobre un cajón, silla u objeto análogo, de modo que estando el recipiente de sulfúrico en el suelo, la extremidad de la goma venga a caer dentro de él, pero sin llegar a bañarse en el sulfúrico, sino quedando a unos centímetros por encima de la superficie de dicho líquido.

Con objeto de que el gas no pueda escapar entre el suelo y la tienda, se labra un surco en dicho suelo, de unos 15 centímetros de profundidad, haciendo un cuadro en cuyo fondo cae el borde inferior de la lona, enterrando ésta en dicho surco y apretando la tierra para que el cierre sea lo más perfecto posible.

Estando todo en estas condiciones, conectamos el irrigador a la goma que sale de la tienda por el agujero más arriba descrito, echando en él la solución de cianuro.

No queda más que abrir la llave de paso y la solución de cianuro pasará a través de la goma, cayendo sobre el ácido sulfúrico, empezando inmediatamente el desprendimiento de gas cianhídrico, cosa que se nota desde fuera por un ruido especial de desprendimiento de gases y por un ligero olor propio de este gas.

El volumen de la tienda es de unos 16 metros cúbicos.

La solución que empleamos después de algunos tanteos experimentales es de 10 a 15 gramos de cianuro sódico en sustancia por metro cúbico, según las condiciones de temperatura, viento, etcétera, disuelto en agua en la proporción de 30 por 100.

La cantidad de ácido sulfúrico que debe emplearse es la cuarta parte de la solución de cianuro al 30 por 100, o sea 25 centímetros cúbicos por cada 100 gramos de solución, lo que quiere decir que por cada 30 gramos de cianuro en sustancia ponemos 25 centímetros cúbicos de sulfúrico. Si se quiere cambiar el título de la solución de cianuro, lo mejor es calcular un centímetro cúbico de ácido sulfúrico por cada gramo de cianuro, para evitar cálculos engorrosos.

Se adicionará sobre el sulfúrico la tercera parte de su volumen de agua, al objeto de que la reacción sea menos tumultuosa.

Como el cianuro tarde en disolverse, es preferible usar el agua caliente para facilitar la solución.

El tiempo que ha de tenerse la ropa en la cámara será de hora y media a dos horas.

Como el gas cianhídrico pierde fácilmente su difusibilidad por las bajas temperaturas, llegando a licuarse, se elegirán para esta práctica días tranquilos, de sol claro, sin viento, no trabajando en el crepúsculo, a no ser en días calurosos de verano; se colocará la tienda en sitios resguardados del viento y cara al sol. Claro es que si las temperaturas son muy bajas, se puede aumentar el calor del interior de la tienda por medio de estufas, braseros, etc., o bien usando otro gas, como el sulfuroso.

Como la reacción del cianuro sobre el sulfúrico produce gran cantidad de calor, suele congelarse la mezcla, disminuyendo el rendimiento del cianhídrico, defecto que hemos tratado de subsanar colocando el generador de calor de que antes hablamos debajo del recipiente del sulfúrico. Esto, unido a la adición del agua al sulfúrico, consigue impedir la congelación.

La cantidad de equipos que caben en dicha tienda es de 30, sin contar las mantas, o sea que se puede desinfectar una sección cada 4 horas.

Nuestra tienda es de tan escaso volumen, una vez plegada, que se puede llevar en un portamantas.

El precio de coste de esta tienda es sólo de 306 pesetas.

Dado su escaso volumen y precio, puede dotarse a cada batallón de una de estas tiendas, por lo que se puede hacer la desinsectación en pleno campo de todo batallón que la tenga, siendo posible repetir dicha desinsectación las veces necesarias hasta la total extinción del piojo.

*Estamos, pues, en condiciones de resolver el grave problema del despiojamiento en campaña en nuestro Ejército de Maniobra, no faltando para ello más que dotar a cada batallón de la tienda correspondiente, cosa perfectamente posible bajo todos los puntos de vista.*

## B I B L I O G R A F I A

*Reim, Wise y Cukerbam.—Control y prevención de la transmisión de sífilis en las transfusiones.—Journ. Am. Med. Ass., 1 de enero de 1938.*

*Los autores se proponen, en los treinta minutos que preceden a la transfusión, determinar o volver a determinar el grupo de los dadores, efectuar la prueba directa e investigar la existencia de sífilis por la reacción de Kline y por el correspondiente examen somático del dador. Al mismo tiempo que, por punción de la yema del dedo, se recogen dos o tres gotas de sangre que se diluyen en suero fisiológico, se recibe en una pipeta capilar (13 cm. por 3 mm.) sangre hasta llenar sus dos terceras partes, cerrando luego un extremo a la llama. Se centrifuga e inactiva (diez minutos al baño de maría a 56°), se rompe la punta de la pipeta y se recoge 0'2 c. c. de suero en una pipeta de 1 c. c., graduada en centésimas. En un porta de 7'6 centímetros de diámetro interior: en los dos más lejanos al operador y en el del centro se coloca 0'03 c. c. de suspensión de hemáties y en los otros dos 0'05 c. c. de suero inactivado. En los tres primeros se realiza, como de*

*costumbre, la determinación de grupo y la prueba directa; en los restantes se vierte una gota de antígeno diagnóstico emulsionado en el de la izquierda y otra emulsión de antígeno para la prueba de exclusión en el de la derecha. Se abandonan cuatro minutos en una superficie plana y se lee el resultado a ciento veinte aumentos.*

V. P. LL.

(De *Crónica Médica*.)

*Lorenzo Abad Colomer.—Algunas aportaciones relativas al tratamiento de la Epilepsia por la Hemocrioterapia.—Crónica Médica, Dic. de 1937, p. 255 sg.*

*La Hemocrioterapia consiste en inyectar en las masas musculares una mezcla de sangre obtenida por punción venosa con un producto glandular, variable según las circunstancias clínicas. A primera vista podríamos pensar si los resultados serían idénticos inyectando por separado de una parte la sangre pura y de otra la hormona. La realidad nos indica que no es así; las glándulas*

endocrinas envían su secreción al torrente venoso, en donde se verifica una mezcla de la sangre con la secreción glandular, no presentando la sangre un simple vehículo, sino algo más complejo.

Los buenos resultados del autor, obtenidos en el tratamiento de la epilepsia afectiva menstrual con una mezcla de sangre y Progynon, animan aplicar el método de la Hemocrioterapia también tratando otros grupos de enfermos accesibles a la autohemoterapia (úlceras varicosas, hemorroides, arteritis obliterantes, edemas cianóticos de las piernas en las jóvenes, esclerodermias, etc.).

M. H.

**La cura de sol.** A Rollier (de Leysin), miembro de la Academia de Medicina de París.

Como nadie ignora, el gran mérito de Rollier en el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas es haber reemplazado la insolación local, que practicaban exclusivamente sus predecesores, por la insolación de todo el desarrollo tegumentario. También lo es la asociación del clima de altura a la helioterapia total, que ha tenido como fin principal la mejora del estado general de los enfermos, la completa renovación de su organismo.

Ha hecho escuela en el mundo entero, y todos pretenden hoy hacer la cura solar; pero raros son los que conocen bien sus principios. Este es el origen de numerosos accidentes; la helioterapia no es eficaz más que exactamente dosificada y estrictamente individualizada. La téc-

nica de los baños de sol constituye, por tanto, uno de los capítulos más importantes del libro.

A cada una de las localizaciones de la tuberculosis osteo-articular corresponde una ortopedia especial, minuciosamente estudiada y expuesta. Las intervenciones quirúrgicas son, en principio, excluidas, como también son prescritos los grandes escayolados oclusivos; éstos son reemplazados por dispositivos de contención y de extensión de extrema simplicidad, que dejan accesible al sol y al aire la región enferma sin entorpecer nunca la refeción de la musculatura.

Los resultados obtenidos son maravillosos. Así lo testimonia, sobre todo, entre las 185 figuras y las 23 planchas que ilustran la obra, esas fotografías donde, por ejemplo, un atacado del mal de Pott, giboso y caquéxico antes del tratamiento, aparece algunos meses más tarde erguido, fuertemente musculado, resplandeciente de salud, irreconocible. Otras fotografías demuestran, con no menos elocuencia, la solidez de los resultados obtenidos. Son de una serie de antiguos enfermos, los primeros que Rollier ha tratado, hace más de treinta años.

Representa una novedad el capítulo del libro referente a la cura de trabajo. Este complemento de la cura de sol tiende a dar al enfermo el equilibrio moral, no menos alterado que el equilibrio físico por la enfermedad.

La cura de trabajo tiene su expresión concreta en la clínica-taller de 120 camas, cuya construcción se terminó en 1930.

G.

# La labor de los Comisarios de Sanidad

## II

Podemos asegurar, sin temor a equivocarnos, que entre los distintos servicios del Ejército el de Sanidad es el que más influye en la moral combativa de nuestros soldados. Al decir esto no pretendemos restar importancia, en este aspecto, a los demás servicios ni considerar al de Sanidad como el único factor capaz de crear por sí solo esa alta moral que debe poseer nuestro Ejército.

Gran parte de los pensamientos íntimos del combatiente, su zozobra callada y drama oculto, giran en torno a la idea de la muerte, a la de caer herido, y a esta otra mucho más terrible: a la de quedar desangrándose en el campo de batalla y al alcance de las bayonetas fascistas; estos pensamientos pueden llegar al grado de constituir una obsesión para él, cuando el número de posibilidades de que así ocurra, aumenta. De aquí el grado de influencia moral que los servicios sanitarios tienen sobre la entraña misma de nuestro Ejército. Es este pensamiento colectivo, natural de quien se encuentra frente a todos los riesgos de la guerra, el que debe ser interpretado por los Comisarios de Sanidad y al cual deben hacer un objetivo más de su trabajo.

Cuando, por ejemplo, el médico de batallón no se preocupa en las horas de inactividad de visitar a los soldados en las mismas trincheras; cuando políticamente

no ha demostrado nada que le presente como auténtico antifascista ante la tropa, ésta duda de sus intenciones, incluso de su capacidad profesional; cuando los camilleros y sanitarios vacilan ante el cumplimiento de su misión, el soldado duda de la eficacia de los servicios de Sanidad, lo que disminuye, en parte muy considerable, su moral combativa.

Tarea de los Comisarios de Sanidad es organizar clases de capacitación político-sanitarias, reuniones entre cirujanos, médicos y practicantes donde se divulguen las experiencias de tipo profesional. Nuestros Comisarios deben comprender hasta qué punto, realizando un buen trabajo político, puede mejorar la Sanidad de sus unidades. Hay que rehuir el burocratismo y por el contrario incrementar nuestro trabajo en el sentido de que su fruto sea despertar una noble emulación entre todo nuestro personal sanitario por capacitarse profesional y políticamente.

Se impone, pues, que empecemos por forjar una conciencia política clara y un sentimiento de la responsabilidad en todos los escalones sanitarios. Conseguido esto, podremos convencer al soldado de que junto a su arrojo está el del camillero, el del sanitario, la serenidad del médico, de las convicciones antifascistas y de la capacidad de éste para desempeñar su misión.

B. CHUECA

# T E M A S D E D I S C U S I O N T R A N S F U S I O N E S E N V A N G U A R D I A

En lo que se refiere a este problema, de una importancia capital y decisiva para el inmediato porvenir del herido, existen quizás entre los profesionales criterios muy dispares en lo que respecta a la aplicación de la transfusión directa en primera línea.

Nos vemos obligados, la mayoría de las veces, a situar los E. Q. a una distancia prudencial del frente, para mejor atender a los cuidados post-operatorios de los heridos, tanto más cuando corresponde la ofensiva a iniciativa enemiga; en estas condiciones llega un herido al E. Q. con una sección arterial, con amputación traumática o a veces con prolapso visceral por H. m.; llega siempre en estado preagónico, con síntomas evidentes de anemia aguda, siendo, por desgracia, insuficientes todos cuantos cuidados se le prodigan; porque, penoso es reconocerlo, pero tampoco en todos los E. Q. se cuenta con aparato transfusor, dándose la paradoja de que ya con anterioridad el herido ha pasado sucesivamente por el P. S. del Batallón y por el P. de C., en donde Médicos convencidos de su impotencia se han limitado a unas inyecciones de suero fisiológico, a algún tónico cardíaco y casi siempre al fatídico *Isomarch*, tan severamente criticado en unas recientes divulgaciones del Dr. Bastos; de este modo el Médico quiere convencerse a sí mismo de que ha cumplido con su deber, y hace constar en las fichas de vanguardia la serie de inyecciones con que atendió al herido. Sin embargo, tenemos todos el pleno convencimiento de que si a este herido, el cual no ha podido sobrevivir a su anemia, se le hubiese hecho una transfusión de sangre directa, hubiese soportado con relativa facilidad todos los peligros de la herida. Se objetará que hace falta personal capacitado, tanto más cuanto que

cada día se critica más el método de transfusión de sangre conservada debido a serias reacciones de anafilaxia; yo creo, a pesar de eso, el problema de fácil solución, ya que en el P. de C. podría el Director del mismo dedicarse, con la ayuda del auxiliar facultativo, a la tarea de hacer la transfusión directa, sólo en los casos verdaderamente indispensables, contando, además, dentro del personal del P. de C., con tres donadores universales, que se encontrarían fácilmente entre nuestros sanitarios. En último término, en los casos en que el Médico tuviera el convencimiento de que el herido, debido a la intensa hemorragia, no tiene ninguna probabilidad de llegar con vida al E. Q., entonces está autorizado para aprovechar del primero que se le ofrezca, sin tener en cuenta siquiera el grupo sanguíneo a que pertenezca, ya que en la guerra europea, donde se hacían transfusiones improvisadas, las estadísticas dan tan sólo un porcentaje del 1 por 100 de reacciones anafilácticas; comportándonos así salvaríamos vidas que nosotros contemplamos con impotencia como se nos deslizan de las manos.

DR. SASTRE

*N. de R.—Este problema se ha expuesto ya en nuestras páginas y tiene dos aspectos: la conveniencia de hacer las transfusiones en Puestos situados delante de los hospitales, y su solución técnica. Decidido el primer problema, el segundo se puede fácilmente resolver preparando algunos donantes en cada Puesto de Clasificación, o utilizando sangre conservada. No hace falta, por tanto, acudir a la solución desesperada del autor; pero, sin embargo, en casos excepcionales podría discutirse la conveniencia o no de lo expuesto por el mismo.*

## L A V I S I T A D E L M E D I C O

(Viene de la página 16)

distinta capacidad óptica, fueron marionetas que levantaron sus querellas sobre el mismo tablado de intereses de clase.

Médicos y cirujanos de nuestra guerra, ¿lo comprendéis? Quizás vosotros también hicisteis vuestra apuesta interna frente a estas dos fotografías y habéis concedido vuestra preferencia a Mieris o a Metsu. Pero, inconscientemente, os movíais al hacerlo en un mismo tablado: El tablado antiguo de servidumbre médica que la guerra ha roto para siempre. Recordabais la vida de antes y no os sorprendió por eso que los dos cuadros glosasen esa alianza mercantil de médico a paciente acomodado.

Los médicos de los cuadros fueron a las casas de los ricos y los atendieron bien; nada más natural, puesto que los ricos pagan. De la miseria de los barrios de trabajadores, de la falta de Instituciones públicas de Sanidad, nada nos han dicho los pintores. Muy lógico también. Pintores y médicos eran, sin remedio, servidores de los poderosos en el tablado antiguo. Pintura y medicina, mercancías, valores de cambio.

Y al otro lado...

¿Cómo pintaría un pintor de la victoria futura la visita del médico?

Imaginemos su tarea. El pintor es devoto de la pintura holandesa. Como es de procedencia burguesa, se acuerda muy bien de muchas visitas de médico y su preparación política le permite identificarlas socialmente con esas visitas de tantos y tantos cuadros holandeses.

El ha visto, en la historia de la pintura, que los artistas mejores, lejos de preocuparse en un estéril buceo de originalidades, suelen elegir y repetir indefinidamente los mismos temas de sus compañeros y de sus maestros, pues esto da mayor claridad a los procesos de superación pictórica. Se insiste en un tema para pintarlo mejor, o sea: Se busca la auténtica originalidad—superación técnica—a costa de la originalidad falsa—tema.

Nuestro pintor quiere ahora insistir en ese tema viejo de la visita del médico...

Y se ha encontrado con que no podía. Ha visitado sanatorios y hospitales admirables; ha visto casas de puericultura, institutos bacteriológicos, centros de investigación y curación de todas clases. Ha visto una humanidad alegre y bien atendida en sus enfermedades. Se ha percatado de que el centro representativo de la Sanidad pública antigua, que él se obstina en pintar —la visita del médico—, ya no tiene esa categoría. La atención económica del Estado hacia el problema de la salud colectiva se ha creado al fin, y todas sus consecuencias, iguales en importancia, son su propio centro. Desapareció el tipo individual de asistencia médica: Los ricos no pueden ya acaparar los cuidados del médico. Cambió el sistema de vida: El médico no necesita explotar ni ser explotado por el rico. ¡Ya no hay visita del médico!

Si la hay. Pero ha perdido su antipática calidad, su importancia temática. Los médicos visitan para velar por la salud pública más que para lucrarse con una enfermedad ajena. Los médicos visitan como hacen otras muchas cosas: Trabajar en los laboratorios y en las clínicas. Ya no es tema su visita; ahora es un detalle más en la admirable sanidad colectiva.

No obstante, nuestro pintor, un poco testarudo, como todo creador auténtico, ha pintado, por fin, una visita de médico. Por lo mismo que él considera el tema como un valor secundario, ha pintado, a pesar de todo, el ex-tema de la visita.

Pero era ya otra cosa: Un tema nuevo, impreciso y grandioso comenzaba a insinuarse en el cuadro. Por la amplia ventana del fondo, los raudales de luz envolvían la imagen de la ciudad alegre recién construida, y médico y paciente, desde el sencillo y pulcro interior abierto al aire de fuera, se bañaban en esa luz que venía de acariciar a las demás gentes de la ciudad, amigos e iguales todos en una tarea común.

A. BUERO

# Un invento que no se encuentra



Cuánto hace desde que B recibió el encargo de dibujar el palacio de los piojos? ¿Tres meses, seis meses, cuatro años...? ¡Quién sabe!

Este acontecimiento trascendental se pierde en la noche de los tiempos. Hacía entonces mucho frío aún: eso es lo único que se puede recordar. Los hombres de la Jefatura de Sanidad trabajaban embutidos en sus abrigos y B dibujaba también de esa manera.

Fué por aquellos tiempos cuando B recibió de su Jefe la noticia sublime. Uno de los más insignes Jefes de nuestra Sanidad—el simpático Comandante H—había inventado—así como suena, inventado—un singular palacio mata-piojo. Se trataba de la muerte dulce, de la «euthanasia». Sin duda, nuestro simpático Comandante había leído alguna narración del porvenir de Wells, y en su rica fantasía—unida siempre a un excelente sentido práctico—concibió la idea de una euthanasia piojeril: algo así como un lugar donde los piojos, cansados de la vida, encontrasen un digno y voluptuoso fin para ella. No tardó en realizar su máquina maravillosa, y publicó su hallazgo a los cuatro vientos. Creemos también—aunque no podríamos asegurarlo—que mandó imprimir secretamente ciertos carteles de propaganda, en los que se decía algo así como: «¡Piojos! La mejor muerte es la euthanasia del Comandante H. Voluptuosidades indescriptibles. Derecho a entrar por parejas. ¡Absolutamente gratis!» Y los dejaba con disimulo en sus viajes entre los montones de ropa sucia de la tropa.

Ante acontecimiento tan desusado, se ordenó a B—como ya dijimos—que trazase unos esquemas de la euthanasia de piojos para publicarlos en el periódico. Se le indicó una noche que a la mañana siguiente, en cierto lugar, el maravilloso palacio se ofrecería a sus ojos. A la mañana siguiente B tuvo ocasión de recibir del Comandante H una rica y luminosa explicación teórica sobre el palacio de la eu-

thanasia y sus ventajas, pero del palacio, ni rastro. El pobre dibujante quedó con su lápiz afilado y los nervios en tensión, sin explicarse la causa de aquella falta.

Vinieron entonces muchos días de trabajo en otros lugares, que no podían borrar del alma de B el deseo de contemplar la euthanasia para piojos.

Dos fotógrafos movilizados, especialmente, en la busca del misterioso palacio, volvieron también con las manos vacías. Determinadas causas de fuerza mayor les habían impedido llevar a cabo su tarea, y ellos se retiraban de la lucha sin ganas de seguir.

Pero B no cejaba. Su curiosidad, su temperamento de artista desinteresado, su honor mismo estaban en el juego. Su alegría debió ser, por lo tanto, inmensa, cuando recibió del Comandante H la noticia del lugar y hora donde podría al fin dibujar el maravilloso palacio. Según H decía, aquello era un verdadero jubileo de piojos, y cada vez estaba más contento de la idea formidable que había tenido. B marchó en compañía del mismo H, decidido a terminar de una vez. Acompañó durante el día al genial proyectista en diversos quehaceres... y volvieron los dos sin ver el palacio. Algún tiempo más tarde, mientras H se hacía de nuevo lenguas de su euthanasia insecticida, indicó la conveniencia de ir a un nuevo lugar, donde, por lo visto, aquel palacio ingrátido y revoloteador como una mariposa, había ido a posarse ahora. Aunque esta vez B no pudo ir, reclamado por su Jefe en otros trabajos, es más que probable que fué por entonces cuando en su ánimo se comenzaron a formar graves dudas sobre la existencia real del artefacto.

¿Para qué seguir? De entonces acá, B ha salido muchas veces en busca de su honor de dibujante, y, como en las fábulas, su honor, en forma de palacio, había volado. Los piojos estarán seguramente, como debe estar él, sorprendidos y furiosos esperando la llegada de ese pa-

lacio que la inteligente propaganda del Comandante les hizo seguramente desear.

Ha pasado el tiempo. B ha visto al fin, ante sus ojos atónitos, la misteriosa arquitectura inventada por H. Estaba allí liada en un rincón, y unos muchachos la montaban heroicamente, aguantando en la cabeza los estacazos que el armazón les daba a cada momento. El dibujante ha hecho al fin sus esquemas, mientras consideraba con terror qué tremendas orgías de insectos habrían visto las blancas paredes del palacio. La misma consideración—nostálgica consideración—se debían estar haciendo entonces todos los piojos del frente, añorantes de una dulce y blanca casa de muerte junto al Mediterráneo.

B sonríe ahora, con la satisfacción del deber cumplido. Le hemos preguntado si está contento y nos dice que sí.

Pero en el fondo alegre de sus pupilas hemos visto un mal puntito negro. No hay duda: B tiene miedo, mucho miedo a tener que dibujar el próximo invento del Comandante H; ese genial proyectista que lee a Wells y que, si no encuentra él mismo una grata euthanasia, si algún día—¡el destino no lo permita!—se mete por equivocación dentro de su propio invento, no tardará en derramar sobre nosotros, por segunda vez, su benéfico y luminoso talento en forma de una nueva y admirable invención.

Nosotros—que no somos tan egoístas como B—lo deseamos con grandes y regocijadas ansias.

\*\*\*



## 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 nuestras páginas. Colabora en LA VOZ DE LA SANIDAD

Redacción y Administración: Plaza de la República, 3 — Teléfono 14922 — VALENCIA

# Los sanitarios dicen...

La instrucción de camilla es para el soldado de Sanidad lo que la instrucción de fusil es para el soldado de infantería.



## Camarada chofer...

Del buen estado de la ambulancia, camión o coche que conduces depende en muchas ocasiones la vida de tus compañeros que combaten en el frente defendiendo la libertad. El combatiente cuida con esmero su fusil, su ametralladora o su cañón y ofrece generosamente su existencia para que en un mañana muy próximo sea una realidad nuestra anhelada victoria. Tú tienes la obligación de cuidar, con el mayor cariño, el vehículo que conduces; con él puedes trasladar al caído al Puesto de Socorro o llevar municiones, víveres u órdenes a las avanzadillas.

Para que funcione bien el servicio de transportes es necesario, entre otras cosas, las siguientes:

- 1.ª Que no falte agua en el radiador y que el aceite llegue siempre en el cárter a su nivel.
- 2.ª Que no falte valvulina en el cambio de marchas ni en el diferencial.
- 3.ª Cuidar que haya agua destilada en la batería.
- 4.ª Evitar las frenadas y embragadas bruscas.
- 5.ª Salvar los baches y tomar con precaución las curvas en la carretera.
- 6.ª No excederse en la velocidad, etc.

Si verdaderamente eres antifascista y quieres que nuestra causa triunfe, pon todos tus conocimientos y tu voluntad para que el automóvil que conduces dure toda la campaña.

V.

## Moral de guerra

La moral de guerra, punto fundamental de la victoria, es el arma eficaz que posee nuestro Ejército Popular; sin ella no es posible forjar un ejército fuerte y potente con el cual debemos liberarnos y aplastar al fascismo internacional que, criminalmente, pretende invadir España y someterla bajo su yugo.

Pero el Ejército Popular, alma y sangre de nuestro pueblo, sabrá demostrar al enemigo que de nada le valdrá la gran cantidad de material bélico que recibe de los países fascistas, ni tampoco sus criminales bombardeos sobre las poblaciones civiles. Sabremos vengar sus crímenes y reconquistar España para España; sabremos hacer de nuestra patria una fortaleza en la defensa de nuestras libertades.

Para ello necesitamos conservar y mejorar nuestra moral combativa, necesitamos que cada uno de nuestros soldados,

en todo momento, esté dispuesto a luchar con lo que sea y como sea contra la criminal invasión. No debemos esperar que otro sea el primero en prestar su ayuda para combatir al enemigo. Nuestro mayor orgullo debe ser que nuestros servicios sean útiles a la causa.

Únicamente así lograremos que nuestros esfuerzos sean eficaces y acortaremos el plazo en que nuestra victoria ha de realizarse.

V. M.

## Recuperemos

La prolongación de nuestra guerra contra el fascismo nos impone un deber más hasta ahora poco practicado. Debemos aprovechar todo el material ya bélico, ya sanitario, procurando limitar el consumo de este último que particularmente nos atañe. Siendo el material sanitario, en su mayor parte, de procedencia extranjera, teniendo nuestro Gobierno que satisfacer su importe en divisas, es necesario que, sin incurrir en faltas sanitarias, restrinjamos su consumo todo lo posible.

Una venda no siempre es necesario emplearla toda. No tires el trozo que te sobre, puede servirte luego para cubrir otra herida más pequeña, y con ello habrás conseguido un ahorro de material, que si bien de momento te parecerá insignificante, no deja de tener su valor.

Aplica esta norma, dentro de lo posible, al resto del material sanitario, y procura que los demás compañeros hagan lo mismo, y podrás tener la íntima satisfacción de haber hecho algo positivo a favor de nuestra economía nacional.

F. V.



He aquí una buena idea: Consignas sanitarias en las trincheras.

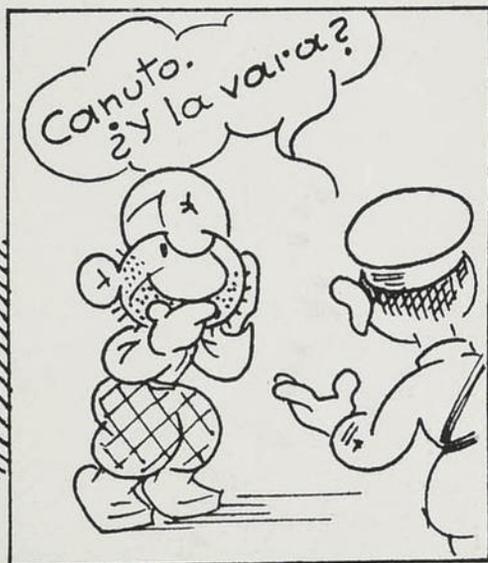
## ¡S AN I T A R I O !

Un vendaje demasiado flojo es inútil porque pronto deja al descubierto la herida. Un vendaje demasiado apretado puede ser perjudicial porque dificulta la circulación. ¡Ten siempre en cuenta esto!

# Por vago, la primavera, pesada broma le juega



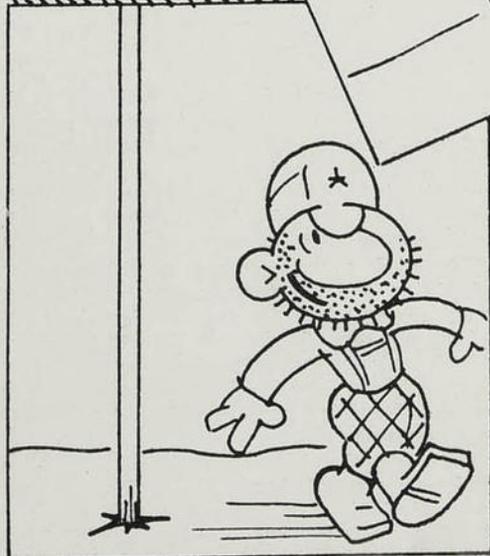
1 En formación ordenada  
firme sostiene la vara.



4 Mas pronto cuenta se han dado  
y buscarla le han mandado.

2 De sostenerla cansado  
en el suelo la ha clavado.

5 Aquella noche ha llovido,  
y la vara ¡ha florecido!.



3 Al marchar, así clavada,  
deja la vara olvidada.



# LA VISITA DEL MEDICO



Franz van Mieris.

Gabriel Metsu.



**F**RANZ van Mieris y Gabriel Metsu viven los dos en la misma hermosa ciudad. Es una ciudad tranquila, que desconoce los sonidos trágicos de la guerra. Sólo el solemne doblar de las campanas, los pregones del Municipio y la gritería del mercado bullen en el seno de sus calles y plazas. Es una tranquila colmena donde los médicos hacen también una tranquila labor de paz. Regulan las indigestiones de los buenos burgueses y la regla de sus mujeres.

La gente conoce muy bien esa visita del médico. Su perfil ha entrado ya en el perfil de la raza, como sus costumbres gastronómicas o su indumentaria. Los pintores han realizado la escena muchas veces. Teer Borch, Veermer, De Hooch, todos los grandes maestros de la pintura en los Países Bajos nos han dado, junto a innumerables banquetes, lecciones de música y lecturas de cartas, innumerables visitas de médico.

Mieris y Metsu son también pintores. Pasean juntos muy a menudo y se visitan en sus estudios; esconden bajo su constante amabilidad una rivalidad sorda. Un día comienzan a hablarse con reservas de su obra próxima. Tras unos tanteos preliminares, descubren que los dos han tenido la misma idea. Es la visita del médico su próximo tema. Se felicitan mutuamente: Los dos están de acuerdo sobre el interés pictórico de la escena. Van señalándose el uno al otro aquellos detalles que no pueden faltar: La cama próxima, la mesa con su rico tapete, el interior bien puesto, el gesto reflexivo del médico... y la enferma. Porque, naturalmente, los dos han pensado en una burguesita enferma como sujeto principal: Una burguesita bien abrigada en su buen ropaje, sentada en un cómodo sillón de convaleciente. La escena es la misma que han pintado tantos otros artistas. Nuestros dos pintores insisten en un tema nacional para darle su matiz propio, como han hecho ya otros.

Pero se han llamado aquellos detalles pueriles que no faltan en las creaciones más sólidas. Esos detalles que dan una relativa novedad a la obra o a la personalidad del autor un brillo nuevo. Metsu ha pensado en la probeta de orines que su médico ha de examinar en el cuadro; también se calla la creación de una vieja dueña obsequiosa y atenta, así como el gesto plácido, entre sardónico y pudoroso, de la ilustre enferma.

En cuanto al otro, ha ideado que su médico tome el pulso, faena interesante y poco vulgar. Y ha pensado en pintar a su enferma con una dulce expresión melancólica de convalecencia.

Mieris y Metsu han hecho sus cuadros. Pusieron en ellos todo su saber técnico—profundo en Metsu y superficial en Mieris—. Y sobre las diferencias que su finura visual y su ciencia de paleta creaban, buscaron los detalles que podían redondear intelectualmente su obra. Mieris, de escasa potencialidad pictórica, puso finuras mentales en el gesto de su melancólica, en el ademán delicado y reflexivo del médico, en el ambiente recogido y silencioso. Metsu, dominador valiente del pincel, ha pintado simplemente una escena más real y menos rebuscada, donde enferma, dueña, médico y ambiente se identifican en un cotidiano y certero tono de vulgaridad.

De la comparación interna que los dos pintores han hecho frente a la obra terminada, salen los dos ganando. Mieris echa de ver en seguida toda la delicadeza que le falta al cuadro de Metsu y que él ha sabido poner en su obra. Se congratula por ello, seguro de haber acertado rotundamente. No obstante, felicita efusivamente a su colega. En cuanto a éste, ha sabido distinguir rápidamente cómo la impotencia pictórica de su rival ha cristalizado en una escena plagada de amable intelectualismo, y comprende que ha acertado en su cuadro con el difícil realismo que Mieris no supo dar. Pero ha felicitado cordialmente a su compañero.

Y seguros cada cual del mérito extraordinario de su obra, ninguno de los dos se percata de la profunda analogía social de los dos cuadros: Ni Mieris ni Metsu se han dado cuenta de que, por encima de sus esfuerzos personalistas, la sociedad burguesa en que viven y a quien sirven les ha dictado inexorablemente la escena de la visita del médico como una escena de servidumbre médica por y para la burguesía.

Las diferencias técnicas, las disparidades de concepto, la

(Sigue en la pág. 12)