

Sesión científica del día 16 de junio de 1930.

PRESIDENCIA DR. PI SUÑER

Servicios sanitarios de guerra.

POR EL DR. F. SOLER Y GARDE

He de comenzar manifestando que, por espontáneo impulso mío yo no hubiera solicitado el honor de dirigiros hoy aquí la palabra, temeroso de no acertar a ofreceros algo suficientemente digno de tan selecto auditorio; pero invitado para ello recordé, por disciplina académica, que "obediencia es cortesía" y así, confiando que me otorgaréis benevolencia, voy a someter a vuestra consideración, brevemente, algunas ideas generales sobre los Servicios Sanitarios de Guerra".

El peligro de que sobrevengan guerras, intestinas o internacionales, es asunto de siempre posible inminencia y actualidad, según lo acreditan recientes y sensibles hechos contemporáneos; por desgracia la humanidad es todavía sobradó bárbara para desconocer u olvidar aménudo, prácticamente, las dulces palabras, el divino mandato del buen Jesús, N. S., *amaos unos a otros*.

Por otra parte, las guerras actuales no son, como muchas de las de pasados siglos, la pugna de ejércitos, de número de hombres relativamente reducido, que, representando sus respectivas naciones, decidían en un solo combate o en corto número de ellos, el pleito político o social que disputaban. Hoy día, al sobrevenir un conflicto bélico, es la nación casi en masa la que empuña las armas o ayuda en mil formas distintas, mujeres inclusive, al desarrollo de las hostilidades, constituyéndose una batalla universal entre los ejércitos y los pueblos, en los aires, en la tierra, sobre el mar y debajo de las aguas; arrebatando la salud y la vida de millones de seres humanos, comprometiendo en bienestar de muchos más y consumiendo la mayor parte de las energías económicas de las naciones; inacabables e incesantes hecatombes durante días y noches, no interrumpidas por ningún fulgor pacífico, por espacio de semanas y meses y años interminables, como de todo ello nos ha ofrecido reciente y doloroso ejemplo la guerra mundial de 1914-1918.

De esta guerra se pueden deducir grandes enseñanzas, en todos los órdenes de conocimientos. Permittedme que me detenga un momento en breves consideraciones sobre algunas facetas.

En ella se vió, como en ninguna otra de las anteriores guerras, el levantamiento nacional casi en masa que actualmente entrañan los conflictos bélicos y la imposibilidad de localizar estos, a solo dos naciones, por la difusión y repercusión y solidaridad internacional de sus estragos.

La movilización total de la potencia militar altera por completo la vida económica de cada país, no solo por los crecidos impuestos que se requieren para el mantenimiento de esos grandes ejércitos, sino también por el contratiempo que experimentan el comercio y las industrias al ser privadas de sus obreros y empleados, con las consiguientes crisis de producción etc., que forzosamente repercuten en los países vecinos y a veces también remotos, desnivelan su economía nacional y les arrastran a la lucha, defensiva u ofensiva.

Antes de la última contienda y fundamentándose en consideraciones científicas, se llegaba a demostrar la imposibilidad de que naciones civilizadas pudieran sostener una larga campaña dados los grandes gastos que ésta origina y la ruina consecutiva al sostenimiento de las grandes masas actuales, considerando impotente la riqueza pública para subvenir a las necesidades de la guerra; sin embargo, al terror que inspiraba la guerra en 1914, sucedió en la realidad una elevación del sentimiento patriótico de los pueblos, que sobrepujó los esfuerzos de los mismos órganos políticos de las naciones que intervenían en la lucha.

Si estos luctuosos días se ofrecieran en nuestra patria (no lo quiera Dios) todos participaríamos de los tristes, pero imperiosos deberes que de ellos se derivan. Los médicos en primer término, porque el Estado, que en tiempo de guerra se apodera de todos los valores utilizables para el caso (hombres para convertirlos en soldados; dinero para mantenerlos, equiparlos y armarlos; oro y metales de todas clases; edificios para cuarteles, hospitales, depósitos, industrias y almace-

nes; viveres; ganados para alimentación y transporte; caballos, carruajes, automóviles, ferrocarriles, barcos, etc.) no deja de requisar también y aprovechar toda suerte de aptitudes profesionales, especialmente las médico-quirúrgicas, de orden civil, ya que los cuadros de la Sanidad Militar, con ejército reducido del tiempo de paz, son absolutamente insuficientes en número, al decretarse la movilización de centenares de miles o de millones de soldados, para atender a los múltiples y complicados problemas sanitarios que una tan ingente masa de hombres plantea, con necesidad de urgentes y científicas soluciones, si se quiere evitar la rápida aparición de desoladoras epidemias que prontamente les aniquilarían, y si se quiere asegurar, como es debido, la asistencia de sus inevitables enfermedades y traumatismos.

La movilización del servicio de Sanidad, arrastra la movilización industrial especializada, de tal manera que en el momento de la lucha no haya necesidad de realizar ninguna obra de ingeniosa improvisación y efectuar dentro de la Nación el máximo esfuerzo, sin olvidar que el más rudimentario patriotismo consistirá en producir el máximo, reduciendo al mínimo las peticiones al extranjero.

La antedicha universalidad de la función social de la defensa de la colectividad, pueblo, nación o patria, por la solidaridad total de los esfuerzos y de los trabajos individuales, me sugiere su comparación con las ideas biológicas del fenómeno, genéricamente llamado por el profesor Grasset, de Montpellier, *antixenismo* (repulsión de lo extraño al propio organismo; lucha contra lo extranjero; finalidad común, con esta orientación, de actos acaso involuntarios o subconscientes), o sea la participación en la lucha contra los elementos ajenos a la propia individualidad (microbios, tóxicos, medios cósmicos que se hacen patógenos por diversas circunstancias), de múltiples unidades celulares y funcionales de la misma, engendrando procesos de defensa a los que contribuyen todos los sistemas orgánicos solidarizados, de los que en rápida enumeración solo indicaré algunos: por ejemplo, los aparatos de recepción, elaboración y transformación de los materiales nutritivos; el medio interior circulante, las células móviles de defensa (diapédesis, fagocitosis, quimiotaxia, tropismos); la termogénesis y termorregulación; los mecanismos humorales de inmunidad y anafilaxia; en una palabra, los grandes procesos fisiopatológicos que mantienen las unidades individuales y las especies y que sería en mi temeridad pretender exponer con detalles, ni aún someramente, ante vuestra ilustración sobradamente superior a la mía.

Mi intención, a este respecto, es sólo hacer resaltar la analogía de los procesos biológicos de defensas orgánicas del individuo y de la especie, con los hechos sociales de las guerras o sean defensas o agresiones de los pueblos, en forma y en relación con otras colectividades. Omito considerar las guerras bajo su aspecto *moral*... o mejor dicho, *inmoral*, ya que ni este es momento apropiado, ni los asuntos de moral pueden ser tratados sin grande preparación y mesura. En síntesis, puede afirmarse que las guerras siempre son hechos de *patología social*.

Viniendo, pues, a mi objeto, exclusivamente de orden sanitario, repito que, en caso de guerra, un grandísimo número de médicos civiles serían llamados a colaborar con los militares e indudablemente en ningún ámbito profesional hallaría el Estado tan ilustres representantes de las ciencias sanitarias como en esta Real Academia (excepción hecha de mi modesta personalidad), por lo cual espero que no estimaréis fuera de lugar que solicite vuestra atención sobre algunos aspectos de la Higiene y principalmente de la Cirugía castrenses.

Los métodos y las técnicas de la higiene y de la cirugía, en tiempo de guerra, teóricamente, son los mismos que en tiempo de paz. Una herida vascular, una herida penetrante de cráneo o del abdomen, una simple herida de las partes blandas serán evidentemente iguales o muy análogas en ambos casos; el tratamiento quirúrgico ideal será, pues, el mismo, pero lo que diferirá considerablemente serán las condiciones de aplicación, las dificultades de evolución y el medio en que habrán de tratarse estas lesiones.

Heridas muy contaminadas; gran número de heridas, a veces, en un mismo individuo (poliblessés); retardo considerable en llegar al cirujano; aflujo agobiante de heridos (recuérdese la frase de Pirogoff: "La guerra es una epidemia de traumatismos"); inestabilidad e inseguridad de las formaciones sanitarias; necesidad de evacuaciones; todas estas circunstancias concurren a dar a la cirugía de guerra un aspecto particular, que en todas las guerras varía según las especiales circunstancias militares, geográficas, sociales, etc., de cada una de ellas

El ideal teórico es la precocidad de la intervención de los heridos graves con técnica ajustada a los métodos quirúrgicos modernos.

Al estudio de estos conceptos tienden los párrafos siguientes.

No entra en mi propósito actual estudiar nosológicamente y en detalle las heridas de guerra ni sus diversos modos de tratamiento, sino examinar global y someramente lo que puede ofrecer interés bajo el punto de vista de la organización general de los socorros, inmediatos y consecutivos, que se deben prestar a los heridos.

Las condiciones de la práctica quirúrgica en el campo de batalla y en las ambulancias y hospitales de retaguardia han cambiado completamente en los últimos años. El número, cada vez mayor, de combatientes; la extensión y la distancia o alejamiento de las líneas de fuego, que juegan un papel capital en la instalación de los primeros socorros; el uso de nuevas armas; los descubrimientos científicos sobre la patogenia de los accidentes traumáticos y postoperatorios y acerca del modo de combatirlos, han modificado el criterio no sólo sobre la organización de los servicios sanitarios, sino también acerca la forma y género de las heridas y las curas, apósitos e intervenciones prácticas u orientaciones generales por lo menos, que los acontecimientos militares y los progresos científicos de los últimos años permiten establecer.

Sobre estos asuntos hay que tener concepto formado de antemano y no dejarlo a las inspiraciones del momento. En las condiciones en que, habitualmente, se halla colocado el cirujano militar, es decir, con tiempo restringido en comparación del número considerable de heridos; la penuria habitual y relativa del material de curación por dificultades de transporte y acarreo y que, por lo tanto, no hay que malgastar; la rapidez de las resoluciones que se han de tomar; el examen ulterior que, después, probablemente, sufrirán muchos de los heridos que él atiende en los primeros momentos, por los cirujanos del ejército enemigo si estos caen prisioneros o por los colegas del propio ejército o nación, si son normalmente evacuados a retaguardia, son otras tantas circunstancias por virtud de las cuales es absolutamente necesario que la fantasía, la indecisión, los ensayos no justificados, sean excluidos de la práctica quirúrgica militar y que se proceda según reglas establecidas de antemano, aceptadas por todos y exentas ya de discusión y vacilaciones. Valiéndome de una palabra ahora de moda aunque exótica, podría decir que hay que aspirar a una especie de standardización internacional de las organizaciones sanitarias de los ejércitos y de la terapéutica médico-quirúrgica de las dolencias y heridas de los soldados.

Las ideas referentes a la evolución del criterio médico quirúrgico e higiénico respecto al tratamiento y profilaxis de las enfermedades de los ejércitos en campaña y a la terapéutica de las heridas de guerra, son consecuencia de factores múltiples, entre los cuales predominan: la experiencia de guerras anteriores; los progresos y modificaciones de las ciencias médicas; los perfeccionamientos industriales e invenciones mecánicas, químicas y de otro orden, aplicadas a la guerra; el conocimiento, prevención y hasta adivinación de los nuevos medios de ataque y defensa de eventuales enemigos, etc.

La organización médico-quirúrgica de los ejércitos en campaña entraña dos entidades: personal directivo (mando militar superior; jefes técnicos); personal y órganos ejecutivos (puestos de socorros y curación; ambulancias; enfermerías y hospitales; elementos y columnas de evacuación, con camillas, artolas, carruajes hipo y automóviles, aviación, material de diversas otras clases, etcétera).

Los resultados sanitarios dependen de la colaboración y perfecto enlace de los antedichos factores.

El servicio de Sanidad en campaña no se puede comparar con ningún otro del ejército porque funciona siempre a base de lo imprevisto (por mucha previsión anticipada que se tenga) y de datos imprecisos, como fácilmente se puede demostrar con las siguientes consideraciones.

El número de heridos y enfermos y aún a veces la clase y naturaleza de las heridas y las dolencias ofrecen sorpresas que escapan a toda previsión, no solo por lo incierto de adivinar anticipadamente el resultado de los combates, sino también por la obligación humanitaria de atender a las bajas enemigas (prisioneros enfermos y heridos) lo mismo que a las propias.

La eventual aparición de inesperadas epidemias (gripe, bronconeumonía, cólera, disenteria, peste, etc.) como de ello se dieron repetidos ejemplos en las guerras de todas las épocas y países.

La aparición súbita de nuevos medios ofensivos, como ocurrió en la última guerra euro-

pea con los gases de combate, que en los primeros días de su empleo por los alemanes, originaron millares de bajas en los franceses, sorprendidos y sin protección ninguna, entonces, contra los gases dichos.

La sorprendente inversión de la producción de bajas por la artillería y por las balas de fusil y ametralladoras; que siempre habían sido relativamente pocas las primeras (unas diez a veinte por ciento) y muchas las segundas (un setenta a noventa por ciento); y en la guerra europea ocurrió lo contrario, con lo cual, en vez de las antes llamadas *heridas humanitarias* de las pequeñas balas de fusil, predominaron en crecido número los accidentes y complicaciones propios de las heridas por fragmentos de proyectiles de grueso calibre (hemorragia, gangrena gaseosa rápida, tétanos, infecciones graves, heridas múltiples, etc.) que, en los primeros meses de la guerra, desorientaron la técnica y la terapéutica quirúrgicas, agotaron rápidamente las reservas de material sanitario y comprometieron el crédito de las organizaciones médico-quirúrgicas.

El carácter de imprevisto antes señalado en relación con las funciones sanitarias de los ejércitos en campaña se acentúa cuando la derrota perturba, y acaso destruyen, la existencia de los mismos. Bien se comprende cuan distintos serán los servicios sanitarios, después de un combate, en el ejército vencedor o en el derrotado y perseguido; se ha dicho muy propiamente que la victoria es el primer factor, necesario e indispensable, para realizar asepsia y antisepsia en cirugía de guerra y viceversa, que una excelente organización sanitaria de los ejércitos es también necesaria e imprescindible para que estos subsistan y consigan el fin que persiguen en la guerra, que es la victoria.

La experiencia de las luchas pretéritas demuestra, entre otras cosas; la necesidad de poseer medios de transporte rápidos y confortables en cantidad sobreabundante; amplios y bien dotados hospitales, escalonados en profundidad, esto es, desde las proximidades del frente hasta la intimidad del territorio nacional; utilización de las aptitudes, asignando a cada servicio médicos especializados en los mismos respectivos.

El funcionamiento de los órganos de ejecución del servicio de Sanidad en campaña, puede sintetizarse en los grupos siguientes:

El servicio médico regimentario, cuyo principal cometido ha de ser el recoger los heridos y prestarles los primeros cuidados, indispensables en cada caso, dejando para otros escalones sanitarios los que no sean de absoluta urgencia.

Los órganos de transporte: grupos de camilleros, artolas, literas, carruajes y secciones de automóviles de Sanidad.

Los órganos de tratamiento: ambulancia y hospitales de campaña.

Los órganos de evacuación propiamente dichos: trenes sanitarios, barcos hospitales, aviación sanitaria.

Finalmente, los hospitales permanentes a retaguardia.

El desarrollo de los enunciados epígrafes requeriría grande espacio; solo dedicaré unos ligeros comentarios en los párrafos siguientes, a la *aviación sanitaria* y transportabilidad de los heridos.

La aplicación de los aeroplanos a fines sanitarios ha sido iniciada en nuestros días y ha prestado grandes servicios en la guerra europea (1914-1918) y en nuestras campañas de Marruecos. Es de augurar que, en el porvenir, sus progresos revolucionarán las actuales organizaciones sanitarias castrenses, el día en que el arranque inicial y el aterrizaje puede ser verticales y, por tanto, adaptables a cualquier terreno y situación, sin necesidad de extensas superficies previamente habilitadas para el caso.

La noción de transportabilidad de los heridos preside a todas las que informan las organizaciones sanitarias en campaña y el medio empleado para el transporte de los lesionados determina su posibilidad, mejor quizá que la naturaleza y condiciones de la misma herida, como puede verse en los casos siguientes, que no son meras hipótesis sino hechos reales de la guerra.

Un herido visceral, recogido cerca del punto donde cayó, poco después de haber sufrido su lesión y transportado en avión cien kilómetros lejos, tendrá más probabilidades de salvación que si ha de sufrir un transporte de pocos kilómetros, en carruaje hipo u automóvil, por malas carreteras, o a lomo de un mulo, por caminos o senderos de montaña.

Un hemorrágico, un fracturado grave, en estado de shock, transportados en camilla o en un carruaje mal cerrado, llegarán enfriados y moribundos a pocos kilómetros de distancia, mientras que habrán conservado toda su resistencia o recuperado su vitalidad, en una confortable celda de avión o en un carruaje bien suspendido y mejor acondicionado, realizando una verdadera cámara móvil de calefacción, como fácilmente nos las suministran los potentes recursos de la industria moderna.

Ciertamente es para recordado y meditado un aforismo de los antiguos médicos militares: "el transporte forma parte del tratamiento". Pero merece consignarse también una vez más, que la precocidad de la intervención quirúrgica es la regla fundamental en cirugía de guerra y el ideal sería, pues, el poder hospitalizar y operar muy pronto el máximo de heridos, no evacuando sino tardía y progresivamente los operados ya en vía de franca curación. Sin embargo, este ideal ordinariamente es irrealizable en tiempo de guerra y muy amenudo las circunstancias obligan a evacuar antes de la intervención.

Esta será, a veces, la única manera de evitar el amontonamiento de los heridos en la vanguardia (lo que los franceses llaman *embouteillage*), repartiendo los heridos operables en una disseminación de formaciones que permita que todos y cada uno de los heridos sean operados pocas horas después de haber recibido su lesión, veinticuatro como máximo.

El buen funcionamiento de este conjunto está ligado a dos condiciones esenciales: inicialmente, una acertada selección y clasificación de los heridos (*triage* quirúrgico) y en el curso de la ejecución, un enlace perfecto y constante entre los diferentes elementos que contribuyen a la realización de estos servicios.

El funcionamiento y organización general del servicio de Sanidad en campaña debe prever, preparar y ejecutar objetivos que difieren algo, aunque fundamentalmente iguales, según sea considerada su aplicación en la vanguardia o en la retaguardia.

En la vanguardia todas las medidas referentes a la higiene y la salud de las tropas; la profilaxia de las enfermedades epidémicas; la conservación y recuperación de los efectivos; el transporte y tratamiento de los enfermos y heridos en marchas, campamentos, alojamientos, vivacs, combates y después de estos; las inhumaciones, el saneamiento del campo de batalla.

Suponiendo que en una guerra futura se empleen los mismos o análogos procedimientos de lucha que en la de 1914 consideramos las bajas que el Ejército pueda tener, agrupadas en la siguiente forma: los heridos, los intoxicados, (gaseados), los enfermos comunes, los enfermos contagiosos, los despeados, los enfermos y heridos cuyas dolencias han sido provocadas por los mismos interesados, los enfermos simulados o, mejor dicho, los simuladores.

Esta clasificación técnica se completa con la indicación del medio de transporte apropiado al estado de cada uno en la forma siguiente:

Intransportables, caracterizados por padecer enfermedades o heridas de carácter grave que, por las complicaciones probables con el traslado, es conveniente su permanencia en la ambulancia u hospital de campaña.

Inevacuables, enfermos y heridos que, por las condiciones de sus dolencias, no es conveniente su alejamiento a mucha distancia de la zona peligrosa.

Evacuables entre los cuales hay que hacer la siguiente subdivisión, según que se crea que su restablecimiento probable sea breve o a largo plazo: evacuables a corta distancia del frente y evacuables a larga distancia de la zona de operaciones.

Las misiones que fundamentalmente hay que cumplir en esta zona son: dar a los heridos y enfermos graves e intransportables los cuidados técnicos que necesiten, perfeccionar la clasificación que se haya hecho de los heridos en los puestos anteriores, confirmando o rectificando las indicaciones consignadas en los tarjetones de identidad que deben acompañar a todos los heridos, con breves pero claras indicaciones respecto a la naturaleza y sitio de su lesión, cuidados prestados, etc., regular el servicio de evacuaciones desde los puestos de socorro y de curación a las ambulancias y circunstancialmente desde éstas a las organizaciones de retaguardia.

En la retaguardia: nueva selección (*triage*) de enfermos y heridos más completa y perfecta que las anteriores; la evacuación de los que puedan enviarse a hospitales permanentes; el tratamiento y hospitalización inmediata de los intransportables; el establecimiento y reaprovisionamiento del material sanitario; el complemento y reposición del personal de todas las categorías; la utilización y organización de los hospitales ya existentes o improvisados.

Estas misiones pueden agruparse en cuatro grandes órdenes: clasicación, hospitalización, evacuación, abastecimiento.

Para el cumplimiento de estos cometidos se requieren factores, medios y elementos de ejecución, de reserva, de refuerzo y de abastecimiento, que en breve enumeración son los siguientes:

Personal sanitario de todas categorías desde las altas jerarquías militares y grandes capacidades técnicas, hasta las reservas de camilleros, de enfermeros y de sirvientes.

Hospitales de campaña y evacuación, susceptibles de dividirse en dos o más secciones, si las circunstancias lo requieren y de funcionar aisladamente, como, por ejemplo, en caso de avance rápido del ejército, siendo preciso que una sección se inmovilice temporalmente con los heridos intrasportables y las otras sigan a las tropas en su avance para las necesidades de otros eventuales combates.

Enfermerías, depósitos de convalecientes y despeados, reservas de material sanitario.

A estos organismos se les unirán, según las situaciones y con carácter eventual:

Trenes sanitarios, permanentes o improvisados.

Secciones de transportes automóbiles especializadas en la conducción de heridos.

Reservas eventuales para la utilización, organización o ampliación de los hospitales que existan en el país.

Hospitales auxiliares, constituidos por sociedades especiales, Cruz Roja u otras, creadas para estas asistencias, pero con carácter privado.

Ambulancias quirúrgicas, ligeras o pesadas, sobre camiones, para su funcionamiento con los elementos más modernos de la cirugía.

Secciones de higiene, desinfección y saneamiento general (hombres, ganado, locales, ropas y efectos, campamentos, retretes incineración de residuos, evacuación y alejamiento de inmundicias y estiércoles, despiojamiento, etc.), que los ingleses califican con la voz, de difícil traducción o equivalencia, en una sola palabra castellana, *Sanitación*.

Secciones de lavados especiales, en caso de emplearse gases de combate

Laboratorios de ejército, de bacteriología y análisis, tan completos como móviles.

Todo ello requiere órganos de reserva, repuesto y abastecimiento en condiciones de suministrar y reforzar los servicios avanzados, con personal para eventualidades, material abundante, estaciones reguladoras, almacenes escalonados, depósitos diversos, etc.

En muchas campañas han sobrevenido epidemias de disenteria, cólera y fiebre tifoidea (suprimida hoy ésta desde la implantación obligatoria de la vacuna antitífica), cuyas tres enfermedades son transmisibles por los excrementos constituyendo lo que se puede llamar el *peligro fecal*, el *peligro del agua*, por la contaminación de la misma; el *del suelo* por los dos anteriores sumados y mutuamente influenciados y por los defectuosos enterramientos de los soldados muertos en las batallas y por los cadáveres insepultos del ganado; el *peligro animal* por la transmisión de las enfermedades por los mosquitos paludismo, fiebre amarilla), piojos (tifus), chinches, pulgas, ratas (peste) y, por último, el *peligro humano*, por la facilidad de contagio de las muchas enfermedades transmitidas directamente de hombre a hombre, así como el de las dolencias venéreas y sifilíticas, plaga difícilmente evitable en los ejércitos, tanto en paz como en guerra.

El panorama o índice de materias, sucintamente trazado en las anteriores páginas, de las múltiples cuestiones que entraña el servicio sanitario en campaña, demuestra cumplidamente, a mi juicio, que es indispensable la previsión de las mismas, su planteamiento y estudio en tiempo de paz para que su resolución no nos coja de sorpresa si sobreviniera una guerra.

Si tal sucede no se puede predecir hoy por hoy lo que ocurrirá, pero bien se puede esperar que, en las futuras guerras, por métodos químicos o biológicos, hoy en estudio, se detendrá o retardará la ahora inevitable y pronta infección de las heridas de guerra, y el tratamiento de las mismas se reducirá a un problema de triage y transporte, de manera que los heridos más graves serán rápidamente llevados en avión a formaciones relativamente cercanas, pero a cubierto de las fluctuaciones de la batalla y los menos graves serán conducidos por vía férrea a formaciones distantes, donde podrán aplicárseles sossegadamente los tratamientos necesarios para su curación.

Así serían singularmente facilitados y asegurados el servicio de Sanidad y la tranquilidad de los heridos.

Como resumen de lo expuesto, diré que el servicio de Sanidad en campaña ha de realizar: en el orden higiénico, la preservación de toda suerte de infecciones; en el orden moral, la prestación de los máximos y mejores cuidados a los heridos y enfermos, en el menor plazo de tiempo posible; en el orden médico, la asistencia de toda clase de dolencias, no solo las directamente englobables en los grandes grupos de medicina y cirugía, sino también las más minuciosa y decididamente especializadas, como, por ejemplo, nerviosas, mentales, cutáneas, ojos, oídos, venéreo gaseados, etc.; en el orden quirúrgico, la intervención precoz a todos los gravemente lesionados; en el orden militar, la conservación y recuperación de los efectivos.

Estos ideales fueron concienzudamente realizados por nuestros colegas de los ejércitos de Marruecos en las últimas campañas.

Además de los que dieron su sangre o su vida, heroicamente, cuidando enfermos y heridos y fueron víctima del deber, cuyo martirologio tuve ya el honor de exponer aquí, otra vez, con ocasión de mi discurso de ingreso en esta Real Academia, son innumerables los médicos militares españoles que han demostrado durante los pasados años, en los territorios rifeños, valía profesional y cualidades técnicas que deben enorgullecernos, ideando y llevando a la práctica la constitución de excelentes servicios médico-quirúrgicos, adaptables a la guerra así de llanuras como de montañas y a las necesidades de nuestras tropas en aquellas salvajes comarcas, como, por ejemplo: hospitales transportables a lomo de mulos, completísimos y con gran número de camas (Gómez Ulla); equipos y automóviles de cirugía (que los franceses llamaron *autóchir*) y de higiene y de desinfección, provistos todos ellos de los medios más potentes de las técnicas modernas, que promovieron la gratitud más viva por parte del ejército y la admiración más sincera por parte de los técnicos nacionales y extranjeros que tuvieron lugar de conocerlos en funciones.

Como nota final, creo que no es inoportuna la de que han sido en número de veinticinco los médicos y farmacéuticos militares que también han ostentado la honrosa medalla de Académicos Numerarios de esta Corporación (según puede verse en la Nota Histórica publicada en Octubre de 1929, con ocasión de la sesión inaugural de este edificio, desde Casals, Steva y Gasset, que fueron los primeros, en 1770, hasta Soler y Batlle y Trias Pujol, en nuestros días, debiendo hacer singular mención de los Profesores D. Antonio Morales Pérez y D. Santiago Ramón y Cajal, ex médicos militares y Académicos Honorarios, hoy por hoy, y quiera Dios sigan siéndolo por muchos años.
