

ESTUDIOS

SOBRE

TACTICA DE SANIDAD MILITAR.

DEL SERVICIO SANITARIO EN LA BATALLA.

POR EL DOCTOR

D. NICASIO DE LANDA,

SUBINSPECTOR DE SANIDAD MILITAR.



MADRID.

IMPRESA DE ALEJANDRO GÓMEZ FUENTENEbro,

Borjadores, 10.

1880.

# ESTUDIOS

## SOBRE TÁCTICA DE SANIDAD MILITAR.

---

### DEL SERVICIO SANITARIO DURANTE LA BATALLA.

---

#### I.

#### Introduccion.

Dos son los fines primordiales que el Cuerpo de Sanidad tiende á realizar en los Ejércitos : 1.º *preservar* la salud del soldado de las causas de enfermedad que le rodean ; 2.º *salvar* la vida de los que sucumben sea á la enfermedad , sea al hierro ó al plomo enemigo.

Sólo esta última funcion nos proponemos estudiar ahora ; y áun considerándola circunscrita á los momentos de la batalla , todavía entraña importancia suma , pues esos momentos supremos son aquellos en que ha de aquilatarse el valor de cada uno de los factores del Ejército , elevando hasta su última potencia cuanta fuerza material é intelectual haya podido acumularse en estado inmanente durante la paz , que no es hoy para los pueblos sino la preparacion á la guerra.

Grandiosa llega á ser en esas horas supremas de las naciones la mision del Médico de Ejército. El ha de contrarrestar los ímpetus del enemigo , conservando las fuerzas que éste procura destruir : arrancando de las carnes palpitantes los proyectiles que su furia implanta : devolviendo la vida á los que aquél lanzó á la muerte ; y al conservar así defensores para la Bandera , ciudadanos para la Patria , puede ganar con tan noble proeza la corona civil que los romanos grababan este hermoso lema : *ob cives servatos*.

Destruir así los planes del enemigo , anulando el efecto de su poderoso esfuerzo , es tambien , en cierto modo , batirle. Salvar la vida de los valientes y hacerlo arriesgando la propia , arrostrando igual peligro que ellos , es mision que bien puede satisfacer á un corazon noble y generoso , pues como dijo el héroe francés del Canadá , el General Marqués de Montcalm , «no fia el héroe su gloria en dar la muerte , sino en arrostrarla» (1).

---

(1) *Ce n'est pas à porter la faim et la misere , chez les étrangers , qu'un héros attache sa gloire , mais à les souffrir pour l'Etat : ce n'est pas à donner la mort mais à la braver.*

Para realizar esa misión sublime no basta el entusiasmo si no le dirige la razón serena. El Duque de Orleans definió muy bien á los Médicos militares, cuando dijo de los franceses al presentarlos á otro príncipe extranjero: «*son sabios y soldados.*» Como soldados, llevarán al combate el purísimo sentimiento del *honor militar*, que hace fácil en aquellos momentos la tremenda abnegación de la propia vida en aras del *deber* y en holocausto á la *humanidad*. Como sabios, no se dejarán embriagar por el grito de las Euménides y de las Furias que siguen á la audaz Belona, sino que guardarán la serenidad de espíritu y la grandeza de ánimo de la prudente Minerva, para prestar pronto y ordenado socorro á todas las víctimas, así sean amigas ó enemigas, pues como ya lo hemos dicho en otra ocasión, la sangre del soldado borra los colores de su escarapela.

Estas cualidades han de reunir los Oficiales médicos de batallón y de ambulancia para seguir en el combate á sus regimientos y brigadas, socorriendo á cuantos caigan.

Pero las ha de poseer en mayor grado el Médico en Jefe de un ejército ó fracción de ejército, para saber utilizar los recursos sanitarios que el organismo militar pone en sus manos, y hacer que basten á todas las necesidades del combate sin que un solo herido quede abandonado.

Empresa es esta que ántes pareció fácil, y que por espontáneo, admirable celo individual de cada médico de cuerpo se ha encontrado realizada en los pequeños combates de nuestras guerras intestinas; pero ha crecido tanto en la gran guerra, que se ha llegado á tener por punto ménos que imposible. Por eso se reconoció solemnemente en Ginebra la necesidad de añadir al esfuerzo del organismo sanitario militar la cooperación ordenada del elemento popular previamente preparado al objeto, y á este fin se creó la Cruz Roja, que desde las faldas de los Alpes ha irradiado su benéfica luz hasta los más remotos ámbitos del universo.

Grande, más grande que la de todas las demas categorías sociales, es ante la Historia la misión del General en Jefe, verdadero conductor de pueblos, y también á su Médico en Jefe alcanza algo de esa grandeza, nó en la gloria ciertamente, pero sí en la responsabilidad.

Responsabilidad puramente moral, pero por lo mismo abrumadora, pues se trata de ser ó no ser para millares de soldados: se trata de asegurar tal vez los resultados de la victoria, ó cuando ménos de no hacer la victoria de Pirro, más cara que la derrota. Responsabilidad de inmensa pesadumbre á la que sucumbieron los ilustres Médicos en Jefe BAUDENS y SCRIVE poco después de haber visto morir del tifus en Crimea á 40.000 franceses. Responsabilidad que también costó la vida á los Intendentes BLANCHOT, del Ejército francés en Crimea, y PARIS DE LABOLARDIERE, del Ejército de Italia, encargados de dirigir un servicio sanitario, que á pesar de toda su inteligencia y afanes tenía que resultar desastroso.

Hoy que ya en los pueblos latinos, como ántes en los sajones y germanos, se ha llegado á reconocer que la Sanidad asegura una función indispensable en los Ejércitos, siempre que constituya un organismo especial y autónomo dentro de cada unidad combatiente, la responsabilidad del Médico en Jefe ha

crecido en razón directa de la autoridad de que primero la pública opinión y después la ley le han revestido.

Los médicos franceses han podido vindicarse ante la historia de las enormes é injustificables pérdidas de ciudadanos que Francia sufrió en Crimea y en Italia, demostrando con las luminosas y vastas investigaciones del doctor CHENU (*Statistiques Médico-Chirurgicales des Campagnes de Grimée et d'Italie*) que tan irreparables pérdidas y tan inmensos desastres sólo eran imputables al absurdo principio de confiar la *dirección* del servicio sanitario, científico por su propia esencia, á una Corporación completamente legada en la materia, como lo era la Intendencia.

Los triunfos que al mismo tiempo obtenía en Crimea la Sanidad autónoma del ejército Británico, y los que poco después fueron admiración del universo en la guerra de secesión Americana, descritos por las elocuentes voces de ELISEO RECLUS y de LABOULAYE en la *Revista de Ambos Mundos*, han penetrado en la opinión ilustrada de Europa lo bastante, para hacer imposible, aun en Francia, la vuelta á errores que se pagan tan caros.

Es indudable, que de hoy más, la dirección del servicio sanitario de todo Ejército en campaña estará al exclusivo cargo de un Médico en Jefe, quien tendrá para ello, así la autoridad, como la responsabilidad.

Vamos, pues, á estudiar cómo ha de usar de aquélla para no incurrir en ésta, desde que los primeros disparos de las avanzadas preludian la batalla, hasta que esta sangrienta epopeya concluye con el último cañonazo, al caer las sombras de la noche, unas veces con una victoria esplendente, otras con un inmenso desastre, siempre con una horrible hecatombe.

Este estudio es el más importante de los que comprende la táctica aplicada á la Sanidad militar.

## II.

### Factores de la asistencia sanitaria.

I.—Es factor indispensable de todo Ejército el elemento de Sanidad militar cuyos organismos de *transporte* y de *curación*, formados cada uno por el debido *personal* y *material*, han de acompañar á las tropas, formando parte de su propia esencia, y correspondiendo la unidad sanitaria á la unidad táctica.

Así en el Ejército español, la unidad sanitaria del batallón consta del personal siguiente:

A. *de curación*.—1 Oficial médico.—1 id. provisional (Reglamento de la Reservas) y 2 practicantes (clases de tropa).

B. *de transporte*.—24 soldados camilleros (4 por compañía).

En el Ejército alemán, cada compañía, escuadrón ó batería tiene un practicante (*Lazareth Gehulfe*) esto es, un soldado instruido para ayudar al Médico. Cada batallón de Infantería, de Cazadores, ó de Carabineros, tiene



## III.

## En cuántas líneas debe situarse el socorro á heridos.

Todo militar que cae herido en el campo del honor, tiene derecho á que se haga cuanto sea humanamente posible por levantarle y restañar su sangre generosa, empleando para salvar su vida cuantos medios y recursos hayan inventado la ciencia y la industria.

El Cuerpo de Sanidad militar es el encargado por la madre patria de cumplir esa mision humanitaria, que constituye al mismo tiempo una deuda de honor nacional.

La táctica autoriza al General para que en momentos supremos se apague con el marcial estruendo de las músicas y bandas, el grito de los heridos. Pero creemos que hay otro medio mejor de acallar esas voces lastimeras que piden socorro, y es dárselo pronto: es llevar una asistencia sanitaria tan perfecta que alce y socorra á todos los heridos con tanta rapidez como los derribó el plomo enemigo.

Bien dice el Dr. Chenu, ilustre Jefe de Sanidad del Ejército frances, en su obra monumental sobre *La Mortalité des Armées*, que no puede desconocerse cuánto influye en la moral del soldado la seguridad de que si cae herido no se ha de ir en sangre durante largas horas de espera; que cerca del lugar donde se bate hay una mano amiga y diestra que ha de curar sus heridas, y que nada le ha de faltar en el hospital adonde le lleven.»

Y si como sostiene el Capitan Layman (del Real Ejército prusiano) en sus *Observaciones sobre táctica*, «la victoria se declara siempre por el Ejército que mantiene más tiempo su fuerza moral»: y uno de los medios más poderosos de mantenerla es ofrecer al combatiente rápido y eficaz socorro, es evidente que nada debe perdonarse ni economizar nada para lograr tan importante resultado.

Así, pues, no es sólo una exigencia del espíritu humanitario, no es sólo una deuda de honor nacional, sino que es tambien una necesidad estratégica el llevar al combate previamente asegurado el levantamiento rápido y la pronta cura de los heridos, y para eso ha de estar en la primera línea de fuego el Cuerpo de Sanidad, con sus camilleros, que alcen á los heridos, y sus Médicos y sanitarios que hagan la primera cura en los hospitales de fuego.

Mas si la primera cura ha de ser pronta no puede ser prolija: una vez que se presta bajo el fuego de la fusilería enemiga, tiene que reducirse á lo estrictamente necesario, pues el derecho de cada herido á la asistencia, se halla en ese trance limitado por el de los demas que la requieren.

Pero como el derecho no prescribe, sino que sólo se aplaza, ha de haber otro lugar donde la asistencia sanitaria se complete. Así hay que retirar á todos los heridos despues de su primera cura á un hospital de sangre, establecido en lugar seguro, y donde reciban una asistencia tan completa y acabada como la humanidad pueda pedirla y la ciencia darla.

Así lo previene el Reglamento de ambulancias del Ejército español (de 19

de Mayo de 1873) en sus arts. 183 y 188, los cuales disponen que los Médicos de los Cuerpos hagan las primeras curas, y en las ambulancias se practiquen las definitivas, trasladando despues los heridos á los hospitales permanentes más próximos, sean militares ó civiles.

Esto es lo que se hace en el Ejército alemán, donde los Médicos de los Cuerpos establecen detrás de la primera línea de combate los puestos de curacion en el fuego (*Roth Verband Platz*). El destacamento sanitario (que viene á ser ambulancia de division) establece la segunda línea de puestos principales de curacion (*Haupt Verband Platz*). El Hospital de campaña (*Feld Lazareth*) constituye la reserva que se encarga de los heridos que dejan los anteriores, cuando siguen la marcha del Ejército, para evacuarlos sobre los hospitales de Guerra fijos (*Die Stehende Kriegs Lazareth*.)

Tambien en el Ejército británico establecen los médicos de los Cuerpos la primera línea de socorro próxima á la de fuego (*Help Station*), y la Plana mayor de Sanidad (*Staff*) establece la segunda línea (*Dressing Station*): pero entre aquéllas y éstas hay otra estacion intermedia de socorro, donde empieza el servicio de los carruajes sanitarios. Despues viene el hospital de campaña (*Field Hospital*), y por último, los hospitales permanentes.

## IV.

## A qué distancias se han de situar los hospitales en el campo.

Puesto que la cura de los heridos ha de hacerse en dos tiempos y dos líneas, vamos á ver á qué distancias han de situarse éstas, fijando los metros ó kilómetros que representan las prescripciones generales de los Reglamentos.

El de ambulancias vigente en España (19 de Marzo de 1873) previene en su artículo 188 que... «los médicos de los Cuerpos... se situarán á retaguardia de los mismos... durante la batalla, pero á la mayor proximidad posible para levantar y socorrer con prontitud á los heridos.»

Harémos notar desde luego, que conforme á esta prescripcion reglamentaria, el médico no debe ostentarse á vanguardia, como por exagerado pun-donor lo han hecho algunos (1). Es á retaguardia de la primera línea de batalla, nó de la de tiradores ó guerrilla, donde debe situar el médico de batallón su puesto de socorro ú hospital de fuego.

Como el batallón desplegado en batalla ocupa por lo general un frente de

(1) El actual Inspector personal Sr. Ferrer, siendo Ayudante Médico del E. M. G. en África, avanzó tanto en la accion del 25 de Noviembre en Sierra-Bullones, que se vió en el caso de usar una carabina: si bien este rasgo de valor militar le valió con justicia la cruz de San Fernando, no debe servir de norma.

Tambien en la última guerra civil el Jefe de Sanidad Sr. Llacayo avanzó en Navarra á recobrar una altura al frente de las tropas, para socorrer á los heridos que en ella habian quedado: pero si bien ganó allí la primera cruz laureada de San Fernando, fué á costa de su mano derecha destrozada por una bala, y quedando invalido.

Numerosos son los casos análogos que citar pudiéramos, pero bastan los anteriores para confirmar la conveniencia de nuestro prudente consejo.

200 metros, esta es la extensión horizontal dentro de la que puede moverse.

Estando prevenido por la táctica vigente que los Comandantes de batallón se coloquen en batalla treinta pasos á retaguardia, el médico debe situarse aún más atrás, á cien ó á doscientos pasos á retaguardia del centro de la batalla: esa distancia representa la mitad de la que hay entre la primera y la segunda línea de tropas.

Ese triángulo de 200 metros de longitud por 200 de altura, es la zona en que el Oficial médico puede moverse para instalar su puesto de primera cura (hospital de fuego).

Situado dentro de esas distancias el hospital de fuego, se encontrará á quinientos pasos de los tiradores enemigos, y así le es indispensable buscar el mejor parapeto natural que le ofrezca el terreno, pues si bien á esa distancia no es buen blanco un hombre solo para el fusil moderno, por quedar fuera de alza, en cambio el fuego de fusilería produce una lluvia de balas muy eficaz aún á la distancia de 1.400 á 1.500 metros (*Carácterés de la batalla moderna por un General prusiano*). El alcance del fusil sólo se apreciaba ántes en un trayecto de cuatrocientos pasos, distancia que la caballería podía recorrer en treinta segundos, y ahora excede del duplo (*Táctica de brigada del Marqués del Duero*).

Así, pues, debe el médico de batallón situar su hospital de fuego en el puesto más abrigado del tiro enemigo que encuentre dentro de su zona de acción, aprovechando los barrancos, espaldones, edificios, tapias, cunetas, zanjas, grupos de árboles ó cualquiera otra defensa natural (1).

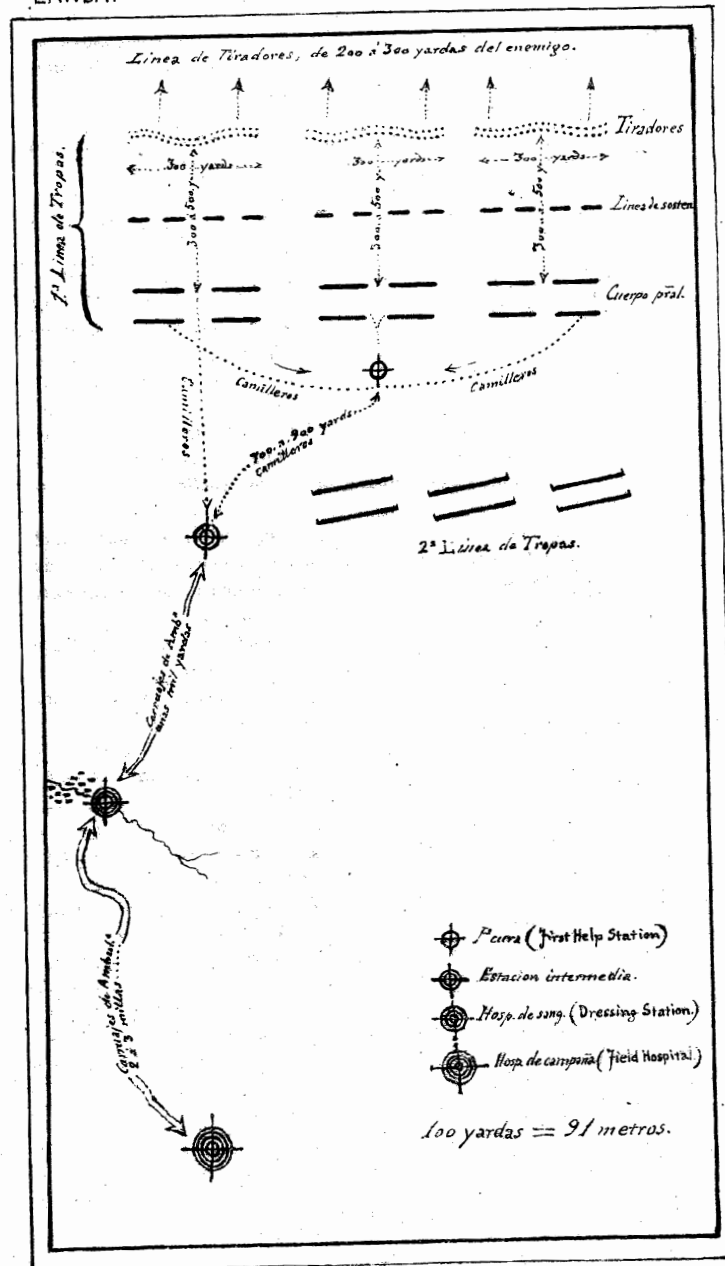
En el Ejército inglés el hospital de fuego (*Help Station*) se coloca de 300 á 500 yardas (273 á 455 metros) de la propia línea de tiradores, la cual dista generalmente 200 á 300 yardas de la línea de tiradores del enemigo: están, pues, á 500 ó 800 yardas (415 á 728 metros) del enemigo.

Determinada la distancia á que han de situarse los puestos de primera cura (*hospitales de fuego*), pasemos á examinar la que corresponde á las ambulancias de cura definitiva (*hospitales de sangre*).

En el Ejército inglés, los hospitales de sangre (*Dressing Station*) se colocan por lo general á 2.600 yardas (2.366 metros) de las guerrillas enemigas, y el hospital de campaña (*Field hospital*) 2 á 3 millas más atrás.

En el Ejército alemán, el primer hospital de sangre (*Haupt Verband Platz*) se plantea reglamentariamente fuera del tiro de fusil enemigo, pero bastante próximo á la línea de batalla, para que puedan verlo las tropas combatientes. — Se prefiere situarlo en un edificio adecuado de las cercanías, si ofrece seguridad; en otro caso se armarán las liendas hospitalares. — Al decir fuera del tiro de fusil debe entenderse una distancia de ochocientos á mil pasos, ó sean diez minutos de marcha, que fué el cálculo consignado en su proclama por S. M. el Rey de Prusia.

(1) *Ejemplo.*—A mi querido condiscípulo, el Subinspector Don Francisco Arranz y Herrera (q. e. e. g.) le sucedió al principio de su carrera, que una bala matara en sus brazos al herido á quien estaba curando, en un combate contra las tribus africanas delante de Melilla. Recomendamos el abrigo para que esta desgracia no se repita.



Segun el art. 184 del Reglamento de ambulancias vigente en el Ejército español, las ambulancias ú hospitales de sangre de brigada se colocarán á retaguardia de la última línea y fuera del alcance del tiro de cañon del enemigo, siempre que esto sea posible, ó al abrigo del fuego, aprovechando algun accidente favorable del terreno.

Ahora bien, la artillería moderna envía sus granadas más allá de donde alcanza la vista humana, y todo objeto que pueda distinguirse (como un batallon en columna) es buen blanco á cuatro mil pasos. S. M. el Rey de Prusia advirtió á sus Generales que la artillería alcanza hoy á media hora de marcha.

Así es que si las ambulancias han de estar fuera del tiro de cañon, habrán de situarse á 4 ó 5 kilómetros más atrás de la línea de batalla. Y no hay que contar ya con que el enemigo tenga su artillería alejada detrás de su primera línea, como se hacia ántes, pues la artillería prusiana se sitúa á mil cuatrocientos ó mil seiscientos pasos (1 kilómetro) del enemigo. (*Sistema de combate del Ejército prusiano por el Duque de Wurtemberg.*) Tambien los franceses á imitacion de los alemanes, prescriben que la artillería no vacile en colocar sus baterías en buenas posiciones delante de la primera línea. (*Instrucciones del General Chanzy para la batalla de Coulmiers.*)

Al considerar el Marqués del Dueró estos enormes alcances del fuego enemigo, dijo en su *Táctica de brigada* que, «la perfeccion que han adquirido las armas de fuego en su precision y alcance impedirán casi siempre en lo sucesivo, maniobrar en las batallas fuera de su esfera de accion; y en su *Táctica de division* reconoce (art. 37) que, á la artillería y caballería no se les puede asignar previamente una colocacion fija en el orden de combate, pues depende de las circunstancias.»

Creemos que estas prudentes observaciones son tan aplicables á Sanidad como á las citadas armas, y que á pesar de la prescripcion reglamentaria de situar los hospitales de sangre fuera del alcance de la artillería, habrán de colocarse á veces dentro de esa zona, si bien lo harán buscando, como para los hospitales de fuego hemos recomendado, el abrigo natural de un edificio sólido, iglesia, fortaleza, ó los accidentes del terreno, como escarpes, hondonadas, etc., cuidando tambien de que no falte agua potable en las cercanías.

Sin embargo, hay que cuidar de no arrimar demasiado los hospitales de sangre á las primeras líneas de combate, pues no sólo existe el peligro de las granadas de artillería, sino que tambien debe estar prevista la posibilidad de una carga á fondo de la caballería enemiga, como la del Lord Cardigan en Balaklava, ó la de nuestros Húsares de la Princesa en Castillejos. Así en la batalla de *Mars la Tour* (*Rezonville* que dicen los franceses), la brigada prusiana de caballería *Diepenbroeck*, formada por el 6.º Regimiento de Coraceros, y los 13 y 15 de hulanos, dió una carga sobre la brigada francesa *Cotin*, la cual se replegaba con grandes pérdidas, y despues de acuchillar á la infantería, llegó hasta las ambulancias de la division (francesa) de Caballería *Valabregue*, resultando atropellados los heridos y muerto gloriosamente el Jefe de Sanidad *Beurdy*.

Podrá haber casos en que teniendo el combate líneas fijas (como p. e. las

de Duppef ó las de Somorrostro) convenga pedir el inteligente concurso del Cuerpo de Ingenieros para proteger la situacion de los hospitales de sangre con trabajos de zapa volante ó trincheras como se dirá al tratar de la asistencia sanitaria en el sitio y defensa de plazas (1).

(1) *Ejemplos.* — El Cuerpo de Sanidad militar español tiene tendencia á establecer demasiado en vanguardia los hospitales de sangre, situándolos muy próximos á los de primera cura y avanzando con éstos hasta situarse en la poblacion ó situacion principal desde el momento en que es conquistada por las tropas.

Este método facilita mucho la concentración de los heridos con solo su transporte á brazo, supliendo la falta de artofas y carruajes, y es muy bueno cuando la victoria es definitiva, pero muy arriesgado y expuesto á un desastre, si la posicion atacada no se toma definitivamente, ó si la batalla se pierde. Citaremos en comprobacion de este aserto dos hechos de la última guerra civil.

En la accion de Oroquieta, en que ejercí el cargo de Jefe de Sanidad, hube de adoptar ese sistema de fundir el hospital de sangre con los de fuego, al ver que estaba batida toda la campaña, y presentársene como más pronto refugio para los heridos la primera casa del pueblo desde que fué tomada por mi regimiento de Almansa. Juzgada en absoluto, era mala la posicion del hospital de sangre en un edificio desde donde se hacía y se sufría fuego, y que en caso de un contraataque ó salida impetuosa del enemigo podia quedar en su poder, pero la impuso la necesidad; correspondió al sistema de ataque brusco del General Moriones, y la victoria, que justifica las temeridades en la guerra, cubrió esa con su brillante sancion.

Más no fué tan afortunado el éxito en los combates que sobre Estella dirigió el heroico Marqués del Duero. La primera jornada concluyó tomando á Villatuerta con cinco bajas. Más costosa fué la segunda: en ella, como siempre, improvisaron los médicos de Batallon sus puestos de primera cura detrás de las tropas: recuerdo que uno de ellos estaba situado bajo un árbol frondoso, cuyo ramaje le preservaba más de la lluvia que caía que de las balas que crugían como latigazos sobre las mieses frondosas de aquellos campos. Cuando tomado Zurucaín por el General Martínez Campos, y despues de un vigoroso cañoneo con catorce piezas, se inició el ataque decisivo sobre Abarzúza, llave de la posicion, todos los hospitales de sangre del ala derecha siguieron el movimiento de avance de las tropas, y entraron tras de ellas en el pueblo llenando de heridos la escuela y parte de la iglesia. En la tercera jornada, ó sea en la de Monte Muru, el General en Jefe quiso rectificar esa situacion sanitaria, pues al salir al campo ordenó se aprovecharan los carros del famoso convoy de viveres que esperaba para evacuar á todos los heridos sobre Oteiza. Desgraciadamente no pude cumplir esa mision, porque el convoy no llegó: en cambio, muchos centenares de heridos se agregaron á los de la vispera, llenando la iglesia con doscientos, y convirtiendo en hospitales ocho casas más con otros cuatrocientos, entre los cuales se contaba el Capitan General en Jefe...

Cuando llegó la hora triste de la retirada á media noche, á pesar de las órdenes correctas del General Echagüe, que prescribían la retirada de todos los heridos, dedicando al efecto no sólo todas las camillas, sino todos los carros, áun los de repuesto de la artillería, orden que nuestro veterano médico en Jefe, Inspector Forn, me mandó trasmitir á todos los hospitales de sangre en aquella infausta noche, fué insuficiente todo el celo y valor admirable de los médicos para cumplir por completo esa disposicion, y si bien se hizo el milagro de retirar á brazo ochocientos heridos, todavia resultó que abandonamos doscientos al enemigo: (pero tambien se quedó con ellos un médico, el mayor Azenzo, y yo fui á recogerlos tres dias despues).

Las fuerzas de la izquierda establecieron su hospital de sangre en Zabal, bajo la direccion del Subinspector Poblacion, que acreditó allí su inteligencia y su denuedo, logrando retirar todos sus heridos. Esto acredita que teóricamente debió instalarse en esa batalla el hospital de sangre en Murillo ó en Oteiza, con lo que no se hubiera perdido ningun herido, pero en el terreno de la práctica no pudo hacerse, sino lo que se hizo, careciendo de material de transporte, como se carecía de viveres.

### Levantamiento y retirada de los heridos.

De poco serviría instalar el servicio de curacion con los hospitales de fuego y los de sangre, si no hubiera otro servicio sanitario de transporte que les llevara los heridos. Tambien este servicio se ha de formar en dos lineas, no ya paralelas sino perpendiculares á la de batalla, y se verifica en dos tiempos: el primero, ó sea el transporte desde el punto de caida al hospital de fuego, constituye el *levantamiento* de los heridos: el segundo, ó sea el transporte desde el hospital de fuego hasta el de sangre, es la *retirada* de los mismos. El primer transporte habrá de ser siempre á brazo, el segundo será mixto, de brazo y carruajes ó exclusivo de éstos. Por último, la *evacuacion* de los hospitales de sangre sobre los hospitales fijos requiere otro tercer transporte que se verifica por *convoyes sanitarios*, los cuales pueden ser *terrestres* (1.º á lomo, 2.º rodados, 3.º de ferro-carril) ó *maritimos* (incluidos los fluviales).

#### A.—Levantamiento de los heridos.

Es indispensable que entre los combatientes de primera linea, se encuentren soldados *camilleros* encargados de *levantar* y *retirar* á sus camaradas heridos.

Para prestar este importante y arriesgado servicio hay en el ejército alemán 4 hombres escogidos por compañía, quienes reciben la instruccion conveniente al objeto, y llevan en el brazo izquierdo el brazal blanco con cruz roja. Si ese número no fuese suficiente, dará más el Jefe del Cuerpo. Todos ellos marchan con el carruaje-botiquin llevando las camillas del batallon.

Tambien en el Ejército español se eligen 4 soldados camilleros por compañía, que generalmente marchan con ésta. Pero á veces, como se hizo en la campaña de Africa, se concentran por la unidad táctica del batallon, formando una seccion de 24 hombres, á la que se asigna un sargento ó un alférez que la gobierne, bajo las inmediatas órdenes del Oficial médico del batallon (aunque para la manutencion y socorro figuran siempre en su respectiva compañía).

Admiendo, por ahora, como suficiente este número de camilleros, sin perjuicio de estudiar los medios de proveer á su insuficiencia posible, vamos á considerar los rasgos generales de su método de accion.

Consignemos desde luego el terminante precepto del art. 189 del Reglamento vigente de Hospitales y Ambulancias, de que « sólo las tropas de Sanidad (camilleros de los Cuerpos y de la Brigada Sanitaria) retiran los heridos, sin que ni un solo combatiente se distraiga para ese servicio. » Los articulos 167 y 168 del Reglamento de la Brigada Sanitaria autorizan al Jefe de Sanidad para que refuerce, si es necesario, las secciones sanitarias empeñadas en el combate con las de las Brigadas y Divisiones de la segunda linea de batalla ó con las que no hayan entrado en fuego. »



El primer concepto es conforme á todas las tradiciones militares. Napoleón I, en su alocucion al grande Ejército en Austerlitz ( 1.º Dic. 1805 ) dijo:—  
 • Soldados, que con pretexto de conducir heridos, no se desorganicen las filas. —  
 He oido referir á un antiguo corneta de órdenes del general Espoz y Mina, que éste castigó de un sablazo ( contra su voluntad, mortal ) á uno de sus voluntarios á quien encontró llevando heridos, despues de haberle ordenado ántes que volviera al fuego.

El General Marqués del Duero dice en su *Táctica de Division* que «el abuso introducido de recoger y retirar los heridos á largas distancias de la linea de batalla, hace disminuir el número de combatientes de una manera considerable y proporciona pretexto á los malos soldados para separarse de las filas, tal vez en los momentos en que sea más necesaria la presencia de la mayor fuerza posible al pié de la Bandera del Batallon.» Y dispone que así en la primera como en la segunda linea, se observe con rigor la prevencion de que nadie absolutamente se separe de su puesto; y en los momentos de creerse próximo el choque al arma blanca, no se tolerará la separacion, ni áun para recoger ó cuidar los heridos, pues en tales circunstancias el objeto más preferente de todos es rechazar y seguir al enemigo.»

A la terrible extremidad de ordenar que no se recogieran heridos miéntas no terminara el combate, se llegó por los defensores de Sebastopol, segun nos dijo en las Conferencias de Paris de 1867, el Médico en jefe de aquella plaza Dr. Huebbenett, quien creía necesaria esta disposicion para evitar mayores males.

Respecto de la segunda parte, ó sea del modo de aumentar camilleros cuando sea insuficiente el número reglamentario, además del recurso de emplear, como dispone el reglamento español, los de las brigadas ó divisiones de reserva, además del que menciona el reglamento alemán de pedir más hombres á los Jefes de los Cuerpos armados, prescribe el Marqués del Duero en su *Táctica de Division*, otro mucho mejor (pues no disminuye fuerza combatiente) siempre que sea aplicable, cuando advierte que «entre los auxiliares para levantar heridos pueden contarse hasta paisanos bien gratificados de los pueblos inmediatos.»

El aparato para el transporte á brazo de los heridos, es la *camilla*, y la que hoy emplea el Ejército español es la mejor de su clase en Europa, segun se vió en la Exposicion universal de Paris de 1878, donde sólo la camilla *Locati*, adoptada últimamente en el Ejército italiano podia competir con ella, aunque sin superarla. Pero creo que este aparato tiene los graves inconvenientes de desarmar á sus portadores, de exigir pérdida de tiempo para armarlo al entrar en combate, y de que su elevado precio y grandes dimensiones le hagan escasear de suerte que á los pocos momentos de roto el fuego no se encuentre una camilla libre, y tengan que suplir su falta los soldados llevando á sus camaradas heridos en una manta cuyas puntas sostienen cuatro hombres, como lo hemos visto en todas nuestras campañas.

Creo, pues, como dije en mi folleto sobre el levantamiento de heridos en las líneas de batalla (Pamplona 1863), que las actuales camillas han de ser substituidas por otra clase de aparato donde se logre la difícil combinacion de

la mayor *ligereza* para el portador y la mayor *solidez* para el pobre herido.

Propuse al efecto mi *Mandil de Socorro*, como ántes se habia propuesto la *silla Rodriguez*, la *silla sueca*, la *silla mochila Gorriz* y la *mochila camilla*, y otros aparatos reducidos. Mi invento se ensayó con aprobacion calurosa del ilustre Dr. Apoia (de Ginebra) por las tropas del general Garibaldi en el Tirol y por las de S. M. el Rey de Prusia en la campaña de Bohemia en 1866, y tambien en la gran guerra franco-prusiana llevó el cuartel general de S. A. el Principe de la Corona de Alemania treinta *Mandiles Landa*.

No cito estos hechos á impulso de vanidad, pues respecto á esa invencion mia me atengo al juicio que formuló sobre ella el Mariscal de Francia *Canrobert* al verle en la Exposicion de Paris de 1867, diciendo al Sr. Conde Serrurier: «No digo que sea precisamente esa la camilla del porvenir, pero sí que ese es el camino.» Mi camino fué el de buscar la mayor sencillez, la extrema *ligereza* y la infima *baratura*. En el mismo está la camilla de hierro *Arrieta*, que hoy se ensaya.

Es preciso que sólo sean llevados en camilla los que realmente la necesitan, los que no puedan absolutamente retirarse por su pié; esto es, sólo los heridos graves de las piernas, y los penetrados de cavidades.

El General Marqués del Duero, cuya vasta inteligencia meditó el problema del alzamiento de los heridos, como todos los problemas tácticos, tuvo á bien manifestarme en una conversacion sobre este asunto, que podria estimularse con una recompensa previamente señalada al herido que se retirara por su pié. Tambien le oí decir entónces «que no debia hacerse con el soldado como con el caballo herido en la corrida de toros, á quien se cosen las tripas para volverle á presentar en la plaza.» El estaba por dar al soldado herido la licencia absoluta, y si queria seguir en el servicio, como debia procurarse, fuera ya de voluntario con premio.

Entre los carlistas del Norte se ensayó por la fuerza de las circunstancias un procedimiento análogo á esa idea, que podria llamarse sistema de dispersion autónoma de los heridos. Marchando por territorio carlista en expedicion de socorro en los dias siguientes á la batalla de *Velavieta*, tuve ocasion de encontrar numerosos heridos que aisladamente y *motu proprio* iban á curarse en sus casas, que no distarian dos ó tres dias de marcha. Mucho aliviaria ese sistema los hospitales de segunda linea, pero tambien supe despues que heridas leves en su principio llegaron gangrenadas, y áun algun herido de cabeza que parecia leve, murió en el camino.

No es, pues, aplicable á un ejército regular ese sistema, ó mejor dicho, ese recurso sólo adaptable á un ejército insurreccional, donde escasea el servicio sanitario, y que opera dentro de su propio país.

Así, pues, todos los heridos que pueden andar, se retirarán por su pié desde la primera linea al hospital de fuego. Esto se realiza siempre por ley natural y sin necesidad de preceptuarlo.

Los heridos graves habrán de ser alzados por los camilleros en la primer linea, y presentados al Médico en el hospital de fuego.

¿Pero despues de practicada la primera cura, hasta dónde deben seguir llevándole sobre sus hombros?

En la *Táctica de division* (Parte 1.ª) dice el Marqués del Duero: «El que mande una segunda línea ha de cuidar también con empeño de que los hombres de la primera que con luzcan heridos, no pasen de la segunda; donde los recibirán los de ésta para continuar su conducción, haciendo que vuelvan aquéllos inmediatamente á sus puestos.—Cuidará, asimismo, de que no se distraiga para ese servicio más número de hombres que el que fuere indispensable, teniendo en cuenta, que con los medios usados hoy día, dos conductores bastan para un herido... Si el número de bajas fuera muy crecido, el Jefe de la segunda línea facilitará la gente necesaria, pero sólo para alejar aquéllos, á fin de que puedan ser atendidos en su curación, puesto que en todo caso se hallarán con la seguridad necesaria en virtud del Convenio de Ginebra.»

Resulta, pues, que los camilleros de primera línea que han levantado á los heridos, sólo tienen que llevarlos hasta la segunda línea. La distancia entre estas líneas suele ser de cuatrocientos á quinientos pasos: y este es el primer período del transporte á brazo.

Las disposiciones de la *Táctica de division* autorizan para que el transporte á brazo continúe verificado por los camilleros de las tropas de segunda línea, á retaguardia de ésta, y aunque no se fija la distancia, hemos de suponer por analogía que su trabajo debe ser igual al de los camilleros de primera línea, esto es, de unos quinientos pasos. Con esto tenemos retirado el herido á mil pasos del lugar en que cayó, distancia que si bien no sale del alcance del cañón, permitirá encontrar sitio abrigado y refugio seguro, pero que todavía no llegará, por lo general, á donde está el Hospital de sangre, al cual se llegará con los carruajes de ambulancia.

No nos parece conveniente que el transporte á brazo continúe detrás de la segunda línea, sino es cuando se carece de mulos ó de carruajes. Tratándose, como tratamos, de un Ejército bien organizado, los carruajes ó los mulos con artolas de las ambulancias de brigada deben avanzar hasta detrás de la segunda línea, para comenzar allí la *retirada* de los heridos hasta el Hospital de sangre. Así los camilleros de los batallones situados en segunda línea, en vez de funcionar á retaguardia de ésta, lo harán á vanguardia, en el espacio que media entre ambas líneas, bien sea concurriendo con los de la primera al *levantamiento* de los heridos, bien recogidos en los hospitales de fuego para llevarlos á los carruajes.

Debiendo los carruajes de ambulancia situarse en punto abrigado detrás del centro de la segunda línea de Brigada, habrá que señalar el sitio con un banderín neutral, tendrán que detenerse los heridos para su carga en los coches, y acaso habrá que rectificar algunos vendajes y prestar algunos socorros. Se constituye, pues, una posada de heridos, que merece llamarse *Hospital de tránsito*, como la estación intermedia de los ingleses, como el puesto de carruajes de los alemanes, y conviene que la Ambulancia de Brigada destaque allí un Médico encargado de rectificar curas, prestar socorros y activar el más rápido transporte sobre el Hospital de sangre.

Para este segundo transporte, ó sea *retirada* de los heridos, se han empleado, primero los mulos con artolas, transporte á lomo, precioso en la

guerra de montaña, pero de escasa aplicación en la gran guerra. El entendido Intendente general francés Mr. Darricau sostuvo este sistema de transporte en las campañas del segundo imperio, y en 1862 tuvo la honra de cambiar correspondencia con él sobre este asunto, por haberlo combatido en la Conferencia internacional de Ginebra. Ese sistema de transporte á lomo, muy adecuado para la guerra de Argelia, se desacreditó bien pronto por la experiencia del mismo Ejército francés en Europa: en la campaña de Crimea no sirvieron; á la de Italia llegaron tarde, y en la Franco-Prusiana sucedió en Metz, que un Jefe herido, en una *camilla de á lomo* (*cacolet litière*), se estrelló contra los adoquines de la calle al asombrarse el mulo que le llevaba.

Por eso al reorganizar su ejército la República francesa, le ha dotado de ambulancias *rodadas*, y *nó de á lomo*, construyendo más de 600 carruajes de ambulancia.

El de España no se ha provisto todavía de ese indispensable material de guerra, pues sólo contamos con los carruajes-modelos del Parque de Sanidad militar y con los dos modernos coches *Kellner*, donativos de las señoras de la Cruz Roja que presidía la Excm. Sra. Duquesa de Medinaceli.

Pero como la industria progresa tanto en nuestros días, se ha visto en la Exposición Universal de París de 1878, que el nuevo carruaje austriaco de Mr. Löhner deja muy atrás á todos los que hasta entonces se habían construido. Algunos, como los del Ejército francés, tenían aparatos para facilitar la carga de las camillas y su elevación, pero sólo con el de Mr. Löhner puede hacerse la carga de cuatro camillas con heridos en un minuto y la descarga en 1' 35".

El Ministerio de la Guerra de Francia ordenó la adquisición por compra de ese modelo el mismo día en que fué demostrada su superioridad ante un Jurado internacional, del que tuvo el honor de formar parte.

A pesar de esta decisión que consagra la primacía del moderno coche austriaco para el transporte de heridos, considero más accesibles al campo de batalla otros modelos que en aquella Exposición Universal fueron menos apreciados. Me refiero á los coches de dos ruedas y un caballo con cuatro camillas, que presentaron el Gobierno neerlandés y Mr. Schmit (de San Petersburgo). El primero había sido usado por el Ejército neerlandés en la expedición á *Atchin*. Consistía en un marco ligero, suspendido entre dos ruedas grandes por la mitad de su altura (con lo que resulta invulnerable), justamente caben en él cuatro camillas, dos encima y dos debajo: el techo es doble para evitar la irradiación solar: las paredes de celosía, á fin de que circule el aire: no tiene suelo, ni tampoco asiento para el conductor, quien debe ir llevando el caballo ó mulo del diestro. Tal es el carruaje-modelo para climas intertropicales. Muy parecido en su pequeño volumen y distribución, pero adaptado á climas fríos, es el que expuso Mr. Schmit, de San Petersburgo, y ambos realizan el tipo hoy más aproximado al *desideratum* en sencillez y baratura.

Estos pequeños carruajes merecen la preferencia para usos de guerra: pues mientras los grandes de cuatro ruedas requieren cuatro caballos y muchas carreteras, éstos sólo necesitan un mulo y pasan por todos los senderos

y áun fuera de camino: si se llega á una zanja ó un barranco, cuatro hombres lo pasan fácilmente al otro lado.

Uno de los primeros donativos sanitarios que los carlistas recibieron del extranjero, consistió en dos grandes carruajes para ocho camillas cada uno, que había usado en Francia la Ambulancia Irlandesa (*Irish Ambulance*): pero esos enormes wagones no pudieron moverse del Hospital de Frache.

Así pues, el carruaje ruso ó el javanés, de cuatro camillas y un caballo, es el que por ahora debe constituir todo el material *rodado* de Ambulancias, en vez de los mulos con artolas y de los carruajes que hoy se emplean. Este debe ser el único vehículo para la *retirada* de los heridos y su transporte en segunda línea. Así la Ambulancia de Brigada, á que el Reglamento vigente en España asigna 12 mulos y 10 caballos, podrá con 3 caballos más llevar 25 coches de esta clase, con los que retirará de una vez 100 heridos acostados, cuando hoy solo podría llevar 20 acostados y 24 sentados. Suponiendo que la distancia desde la segunda línea al hospital de sangre sea de dos kilómetros, deberán recorrerlos en media hora (segun el cálculo adoptado para los carros de transporte) y admitiendo que se tarde otra media en la descarga y vuelta de vacío, resulta que la Ambulancia de Brigada puede retirar en dos horas, 200 heridos graves que es el máximo de los que ha podido tener. (Suponiendo 500 heridos entre leves y graves, ó sea la décima parte de la fuerza de la Brigada.)

El Reglamento del Ejército alemán contiene las disposiciones siguientes para el transporte rodado de Sanidad en el campo de batalla. — El Destacamento Sanitario lleva dos carruajes de botiquin y de material y 6 para el transporte de heridos, de á cuatro camillas y 2 caballos cada uno. — Los carruajes que van llevando heridos del campo de batalla al punto principal de curacion, descansarán en las distancias señaladas al efecto, á cubierto si es posible y con los caballos en direccion al puesto. — El Comandante del Destacamento Sanitario designará, conforme el terreno lo permita, los lugares de descanso y el punto de reunion, quedándose en este para dirigir el movimiento. — Si llegan heridos al punto de reunion, cuando han salido ya de él todos los carruajes, esperarán su retorno bajo una tienda de Ambulancia. — A cada coche que lleve heridos graves al Principal de curacion, acompañará un Cabo que pueda socorrerles durante la marcha, quien despues de entregarlos, activará el regreso del coche en busca de otros. — En la marcha de retorno sólo podrá detenerse á recibir heridos cuando se lo ordenen los Oficiales ó los Médicos.

Tales son las reglas convenientes para la *retirada* de los heridos hasta el Hospital de sangre. Como aquí sólo estudiamos el servicio sanitario durante el combate, no nos ocuparemos del *transporte ulterior en convoyes, por ferrocarriles ó por mar*, remitiendo al *Tratado sobre el transporte de heridos por vías ferreas y navegables*, que publicamos en Madrid en 1866, y en frances, en Bruselas, el mismo año.

#### Servicio en los hospitales de fuego.—Primera cura.

Ya hemos consignado que si la primera cura ha de ser *pronta*, tiene que ser *rápida*. Veamos ahora cómo esta última condicion puede obtenerse.

En primer lugar, debe cuidar el Oficial médico de Batallon, de que su puesto de primera cura (hospital de fuego) no se convierta en lugar de cura definitiva (hospital de sangre).

Para ello es preciso que no se entretenga en buscar ni extraer proyectiles, ni se detenga á curar heridos leves: hástales á éstos un vendaje simple, aplicado por el practicante, para que puedan volver á su puesto en las filas, ó se retiren por su pié si no pueden continuar el combate.

La Táctica de Division del General Marqués del Duero advierte á los Jefes de segunda línea que en ningun caso se retiren hombres que no estén realmente heridos, pues los contusos no deben ser considerados como tales en la mayor parte de los casos, y los heridos levemente deberán retirarse por su pié.

Si las heridas que se le presenten se hallan complicadas con *fractura ó con hemorragia*; en el primer caso se limitará á aplicar un aparato de alambre inmovilizador, y mandarlos sin pérdida de tiempo al hospital de sangre, pues sería inútil entretenerse en reducir fracturas, cuyo vendaje se había de descomponer en el transporte. Únicamente deberá intentar la reduccion de luxaciones.

En el segundo, deberá cerciorarse si la hemorragia procede de la lesion de un vaso importante y capaz de comprometer la vida, cuyo caso es el único en que debe hacer la cura completa, ligando el vaso si es posible, ó sino, detener la hemorragia cerrando la boca de cada arteria con una pinza de presion continua con la que vaya hasta el hospital de sangre. (Con este objeto llevan esas pinzas por docenas los botiquines de la Cruz Roja de Francia.) A falta de poder emplear este método, recurrirá al antiguo de comprimir en masa el miembro con torniquete ó tubo de Esmarck.

Como soberano para contener hemorragias se preconizó el *percloruro férrico*, y llegó á inspirar tanto entusiasmo cuando le dió á conocer en España el Dr. Vicente, que se creía que si un rio de sangre fuera cruzado por un arroyuelo de percloruro, aquél se detendría coagulado. El abuso que de este medicamento se ha hecho en campaña, le ha hecho caer en descrédito hasta el punto de que algunos médicos militares quieren ya lanzarlo fuera de los botiquines, donde ocupa lugar preeminente.

En la última guerra civil de España todos hemos visto llegar muchos heridos á los hospitales permanentes con sus heridas carbonizadas por el percloruro férrico y convertidas en úlceras, que al desprender sus escaras daban origen á hemorragias mayores que las que cohibieron.

El Dr. Luis Fialla, Médico del Ejército rumano, nos dijo en París (1878)

que el mismo abuso se observó en los heridos que del asedio de Plewna iban al hospital de Turn Margareli, siendo preciso avisar á las primeras líneas se economizara el percloruro.

Este abuso se pareció al que ántes se hizo del torniquete, y del cual se queja amargamente el gran práctico del Ejército inglés Dr. Guthrie en la guerra de la Independencia de España. (*Commentaries on Surgery of the war in Portugal, Spain, etc. London 1835*) atribuyendo á la indiscreta aplicacion de ese aparato muchos casos de gangrena y amputacion.

Sin embargo, siempre será necesario llevar en los botiquines de campaña los torniquetes y el percloruro férrico, que empleados con oportunidad y prudencia pueden ser precioso recurso en ciertos casos, y principalmente cuando no se puede esperar á que llegue el facultativo.

La rapidez de la primera cura exige otra reforma importante, y es la de que el apósito se halle previamente preparado. Ocuparse en las líneas de combate, como hoy se hace, para curar una herida simple, en sacar de la cartera sanitaria un puñado de hilas, escoger las necesarias, guardar las sobrantes, peinar aquéllas, ponerlas un bálsamo, aplicarlas, volver á registrar la cartera para buscar entre las compresas la más adecuada, ó proceder á rasgarla de un lienzo, doblarla y aplicarla sobre las hilas; y por último rebuscar una venda ó vendaje para con su aplicacion terminar la cura, es un método tan atrasado como la carga del fusil en once voces. Ante el Remington ó el Peabody es preciso encontrar un procedimiento tan rápido que haga la cura instantánea.

Algunos pasos se han dado ya en este sentido. La *cura personal* que se distribuyó á cada soldado en nuestro Ejército, y que tambien se empleó en el alemán prescribiendo hasta el bolsillo en que habia de llevarse (la Infantería en el bolsillo izquierdo del pantalon, los Húsares en la atila y los Hulanos en la hulanka) para que no se perdiera tiempo en buscarla al encontrar un soldado exánime, facilita la primera cura, porque suministra los elementos para hacerla, pero no la da hecha. El pañuelo triangular de Esmarck (de Kiel) tan usado en la campaña franco-prusiana por los alemanes, y en nuestra guerra civil por el donativo que de ellos hizo el *Fomento de la Produccion Industrial* (de Barcelona) al Ejército del Norte en Somorrostro, pudiera bastar por sí solo, pero generalmente necesita la adición de una planchuela de hilas.

Con el mismo objeto propuse el vendaje que lleva mi nombre, y se reduce á una compresa en cuatro dobleces, en cuyo centro va cosida por dos puntos una planchuela de hilas formes, sobre una torta de informes, y que tiene cuatro trezaderas en sus ángulos para hacer la deligacion. Induce á creer que este pequeño aparato respondía á una necesidad universalmente sentida, el haber sido reproducido y distribuido á millares por las señoras benéficas de uno y otro campo. (Las de la Cruz Roja de Madrid costearon además dos ediciones de 4.000 ejemplares de la instruccion que les acompañaba, titulada *La primera cura por el Dr. Landa*, Madrid, 1874.) Existe tambien el *pansement cartouche*, que en un cilindro del tamaño de un cartucho contiene los elementos del vendaje. El ingeniero belga Mr. Herremans inventó tam-

bien un cinturón de caza en cuyo forro se hallan vendas, hilas y compresas.

Pero cualquiera que sea el modelo que se adopte, lo necesario es que vaya el aparato en una pieza con lo que servirá para la mayoría de los casos, y la primera cura se hará en pocos segundos; un minuto sería demasiado. Lo mejor me parece hoy un cuadradito de algodón (*ouate*) fenicado, cosido en otro cuadro poco mayor de hule de seda (*silk*), al cual esté adherido un anillo elástico de caoutchouc. Construidos estos vendajes en tres tamaños, se harían adaptables á todas las regiones del cuerpo humano, y las carteras sanitarias, en vez de su actual material para 30 heridos, llevarían para ciento. Tambien el Médico los llevaría en sus bolsillos, cartera y montura.

Tambien podría bastar á veces para la primera cura el dar sobre la herida un brochazo de *colodion hemostático*.

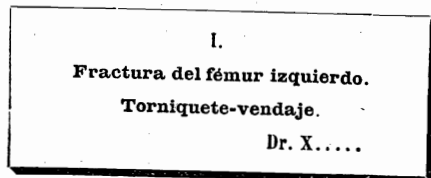
Curando con esta rapidez y obligando á los heridos á continuar su marcha á retaguardia, es como el médico del hospital de fuego podrá oponerse á la tendencia de los camilleros á soltar allí los heridos, convirtiéndolo en hospital de sangre. A fin de evitar este inconveniente, será bueno que el médico de primera línea no permanezca fijo, sino que se mueva dentro de su propio terreno en busca de las camillas, obligando á que sigan su marcha sin detenerse á los que no requieran auxilio perentorio, y á los que puedan retirarse por su pié.

Esta manera de prestar el servicio de primera cura es conforme á lo que preceptúa el Reglamento de hospitales y ambulancias en su art. 191, donde dice, que alzados los heridos por las escuadras sanitarias «llegarán al punto en que se halle situado el médico del batallon con el resto de la seccion, el botiquin y la mochila de ambulancia, el cual hará *provisionalmente* las curas más urgentes, dará de palabra al sargento ó cabo de la escuadra las instrucciones que considere necesarias para el mejor cuidado de los heridos, y éstos continuarán la marcha hasta las *tiendas de ambulancia, hospitales de sangre*, donde serán entregados al jefe de las mismas para que tengan lugar las *curas definitivas*....»

Las disposiciones del reglamento alemán para los puestos de primera cura en el fuego (*Koth-Verband-Platz*) son las siguientes: «El Médico debe prestar su asistencia y socorro al mayor número posible de heridos, para lo cual atenderá á todos los sitios donde funcionan las tropas sanitarias. El es responsable de que el herido más grave reciba más pronto auxilio: de que ninguno quede sin socorro, y de que todo grave sea recogido, trasladado, etc.» No debe entretenerse con uno solo, ni dedicar á hacer operaciones un tiempo precioso para los demás: «si alguna conceptúa indispensable anótela en la tablilla.»

«El Médico debe examinar á cada herido de una manera tan uniforme, cuidadosa y completa que no se necesite nueva exploracion para establecer el diagnóstico. Para consignarlo lleva el Médico en campaña un paquete de tablillas ó cartones, (*Diagnose-tafelchen*) que tienen una cinta con que colgarla en un boton de la ropa del herido. En esa tablilla se inscribirá: 1.º el grado de transportabilidad; 2.º la naturaleza de la lesion; 3.º el socorro prestado. Lo primero se indica con números romanos; 1 significa no peligroso el

• transporte largo ; II que es perjudicial ; III que no es perjudicial ; así resulta cada tablilla en la forma siguiente :



• El puesto de primera cura se constituirá con la mitad de los médicos y sanitarios de los cuerpos (que no han seguido á las tropas) fuera del alcance de la fusilería, y si es posible, en lugar abrigado, que se señalará enarbolando la bandera blanca con cruz roja .

• Allí serán asistidos los heridos que trajeren los camilleros : se pondrá vendaje adecuado á los que no hubieran sido curados, ó lo hubieren sido de un modo incompleto, y á los que traigan indicacion del Médico de la línea de fuego para que se les revise el vendaje ó se les haga operacion urgente, se les practicará la que corresponda. Tambien se ocuparán allí los médicos en preparar el transporte de los heridos á los hospitales. A cada individuo, examinado, operado ó curado, se le pondrá su tablilla diagnóstica donde se especifique lo hecho.»

## VII.

### Servicio en los hospitales de sangre. (Cura definitiva.)

El Reglamento de hospitales y ambulancias de España determina en sus artículos 203 á 215 que el servicio de las ambulancias se preste en cuanto sea posible conforme á lo dispuesto para los hospitales permanentes, para lo que cada ambulancia de brigada se divide en dos clínicas, de medicina la una y de cirugía la otra. El personal de cada una de ellas es el mismo que se asigna á las de hospitales, y cuando no se encuentre edificio adecuado, se albergarán los heridos ó enfermos en las tiendas cuadrilongas de 12 y de 5 metros, y en las cónicas de 6. Cuando las ambulancias de brigada de una division estén reunidas, se considerarán como un solo hospital, del cual será director al jefe de Sanidad de la division, sin perjuicio de que los jefes de Sanidad de brigada sean directores de sus respectivas ambulancias, bajo la direccion de aquél. A estos hospitales se destinará una guardia de infantería, y el Vicario general proveerá á su asistencia religiosa.

El Reglamento alemán contiene las siguientes disposiciones para el Puesto principal de curacion, (*Haupt-Verband-Platz*) que creemos las más adecuadas para todo *Hospital de sangre*, considerando muy importante y eficaz la division del trabajo que en ellas se establece.

• El Médico general del Cuerpo ó de la Division dirige el servicio facultativo en el Puesto principal de curacion, distribuyendo el personal de Sanidad (Médicos, sanitarios, camilleros) en tres Secciones, cada una de las cuales se ceñirá á desempeñar únicamente sus peculiares funciones.

• La 1.ª Seccion revisará todos los heridos que lleguen al Puesto, para decidir lo que deba hacerse con ellos.—Envía desde luego al *Hospital de campaña* los que vienen suficientemente curados ú operados por los Médicos de Cuerpo (segun la tablilla diagnóstica), y tambien á los leves despues de haberles provisto de un sencillo vendaje exterior. Los que requieran pequeñas operaciones, ó hayan menester refresco, serán conducidos al Hospital á la mayor brevedad posible. Los que estuvieren mortalmente heridos, se dejarán en lugar separado, donde puedan recibir alivio y consuelo.—Los demas heridos se entregarán con sus tablillas á la 2.ª ó á la 3.ª Seccion para su detenido exámen: corresponde tambien á la 1.ª seccion completar todos los diagnósticos.

• La 2.ª Seccion se encargará de las curas más difíciles ó largas, para lo cual se le llevarán desde luego los heridos graves de las extremidades (fracturados) que requieran cuidado especial: aquí es donde principalmente corresponde la aplicacion de los aparatos inamovibles, etc.

• La 3.ª Seccion ha de practicar las grandes operaciones quirúrgicas que absolutamente no puedan demorarse. Aquí corresponden las ligaduras arteriales, la traqueotomía, las amputaciones en casos de fractura conminuta ó dislaceracion de partes importantes. Pueden hacerse tambien otras operaciones segun las circunstancias. Así son de recomendar las amputaciones primarias (por ejemplo, la del muslo en casos de fracturas de la articulacion rotuliana) cuando el Hospital de campaña está lejos y no tenga la 2.ª Seccion medios suficientes para aplicar un buen aparato contentivo. Las resecciones no se suelen hacer en el Principal de curacion, porque requieren más tiempo del que allí se puede dedicar.

• A fin de que á nadie falte Médico en el Puesto principal, pueden los destacamentos sanitario ser reforzados con los de los Cuerpos de tropas más próximos, con los del Hospital de campaña ó con los del Depósito de Reserva de Hospital, segun lo determine el Médico general de la Division.»

La organizacion del servicio sanitario suponía hasta ahora que todos los heridos de los hospitales de sangre habían de ser transportados inmediatamente al Hospital de campaña situado en punto seguro á retaguardia (*Feld Lazareth* de los Alemanes, *Field Hospital* de los Ingleses); pero el Congreso Sanitario de Paris de 1878, (en que con el eminente operador, Inspector F. de Losada, tuvo la honra de representar al Cuerpo de Sanidad del Ejército español) decidió que no debian removerse los heridos graves ni los que hubieren sufrido grandes operaciones. Para todos los de estas categorías el Hospital de sangre ha de ser Hospital definitivo, donde cualquiera que sea el éxito del combate, quedarán con la necesaria asistencia y al amparo del Convenio de Ginebra, hasta su completa curacion.

Todos los demas heridos serán evacuados sobre los Hospitales provisionales ó fijos que existan á retaguardia, y el personal de Ambulancias seguirá el movimiento de las Brigadas ó Divisiones á que está afecto, dejando la asistencia de los heridos que quedan á cargo del personal sanitario de la Reserva, ó al de la Cruz Roja de la localidad más inmediata, si no hay, como en el Ejército alemán, columnas de Voluntarios de Socorro, que al mando de Caballeros Sanjuanistas ó de los Teutónicos, marchen con el Ejército de operaciones.

## VIII.

## Cuántos Hospitales deben establecerse.

Los Hospitales de fuego serán siempre tantos como batallones (ó regimientos de Caballería) se encuentren sobre el campo. Las estaciones intermedias y los Hospitales de sangre pueden variar en su número, el cual fijará el Médico en Jefe, atendiendo á las circunstancias del terreno y á las condiciones del combate.

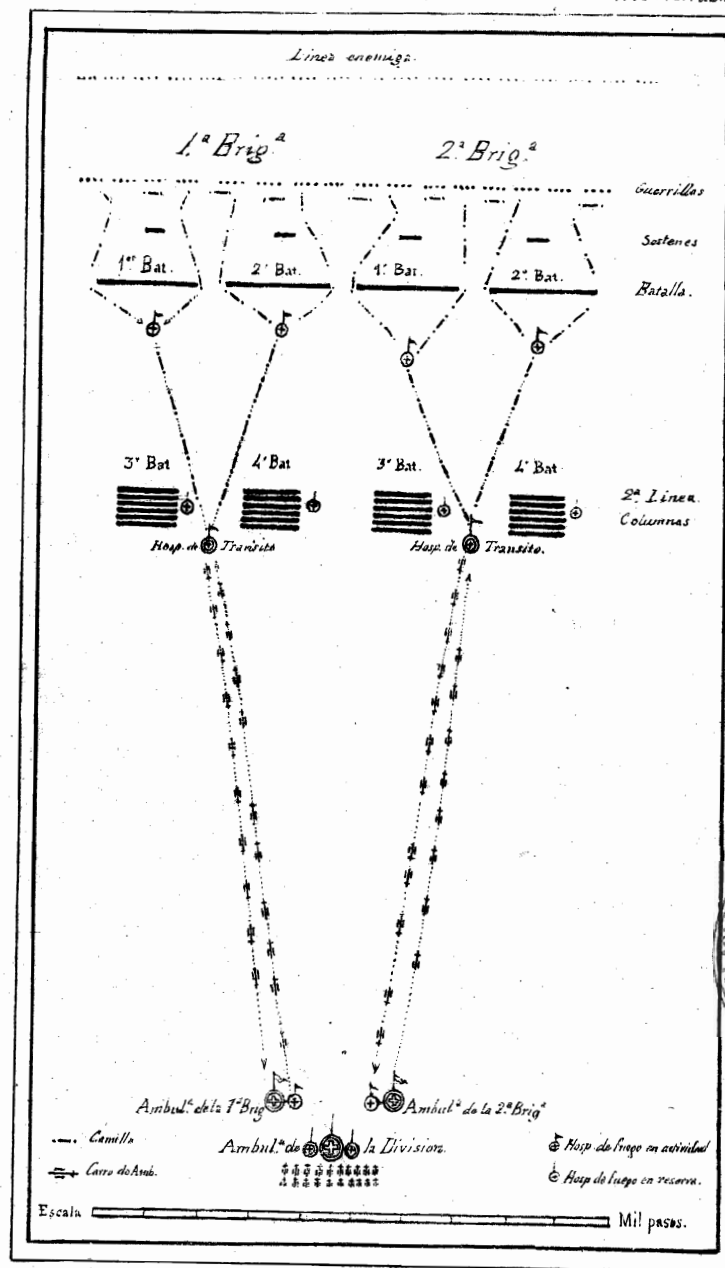
Para establecer ese cálculo hay que tomar en cuenta desde luego la extensión que han de ocupar las tropas al desplegarse en línea de batalla, teniendo presentes al efecto los siguientes datos.

El Gran Duque W. de Wurtemberg dice en su libro titulado *Sistema de combate del Ejército Prusiano*, que aún hoy es exacta la antigua máxima de que una posición está bien ocupada cuando se ponen cien mil hombres por milla (7532 metros). Considera que uno de los errores de los que dirigieron al Ejército francés en su última campaña fué el haber amontonado sus tropas en menores espacios, pues en Sedan todo el Ejército francés estaba en la tercera parte de una milla cuadrada, que aún se redujo al final á una quinta parte, con lo que no se desperdiciaba ni una granada prusiana. El 18 de Agosto en Metz, 150.000 franceses apenas ocuparon un frente de 12 kilómetros. El general Faidherbe sólo ocupó seis con 80.000 en Hallue (Amiens), mientras el general Manteuffel ocupó ese mismo frente con solos 25 000, poniendo dos hombres por paso. El general Chanzy, en el Mans, sólo ocupó 12 kilómetros con 200 000 hombres. Por el contrario, los prusianos ocuparon en Saarbruck 6 kilómetros con 42.000 hombres: el 16 de Agosto, en Metz, cubrieron un frente de 12 kilómetros contra fuerzas dobles, situando seis hombres por paso; en la batalla del Mans el tercer cuerpo prusiano ocupó exactamente 8.000 pasos con 16.000 hombres, de modo que aún contando las reservas, sólo resultan cinco hombres por dos pasos. Concluye el Gran Duque consignando que no es maniobrero el Ejército que en el combate no cubre una milla con cien mil hombres.

Con arreglo á estos datos debe calcularse que una división de 8 á 10.000 hombres presentará en batalla un kilómetro de frente, y según se deduce de la regla 30 de la *Instrucción de Regimiento y Brigada* del Marqués del Duero, diez mil hombres deben ocupar 2.400 metros, que reducidos á la mitad para formarlos en dos líneas, quedan en 1.200, estimación que excede poco á la de los alemanes.

Podemos, pues, adoptar como regla general que la división de 10.000 hombres ocupa un frente de 1.000 ó 1.200 metros.

Así, pues, no suponiendo en combate más que dos brigadas de á 4 batallones, tendremos al frente 4 Hospitales de fuego de primera línea, situados á 250 metros uno de otro en línea horizontal; y 400 á 300 pasos más atrás, otros tantos de segunda línea, que si bien están en reserva, pueden apoyar á los de la primera, ora agregándose, ora intercalándose con ellos.





Detrás de esa segunda línea habrá dos Hospitales de tránsito, situados á 500 metros uno de otro, y distantes cada uno otros 500 del extremo de la línea. Se hallarán constituidos por un Médico destacado de Ambulancia de Brigada con todo el personal y material de *transporte* de la misma. 1, 2 ó 3 kilómetros más atrás, se encuentran tres Hospitales de sangre, constituidos por las 2 Ambulancias de Brigada y la del cuartel general de división, los cuales podrán reunirse formando uno solo, ó funcionar separados, según convenga. ( *Veanse las láminas I y II.* )

Cuando operen dos divisiones reunidas, ocupando un frente de 2 á 3 kilómetros, el número de Hospitales de fuego seguirá siendo igual al de batallones; pero el de los de sangre podrá ser de dos, uno para cada división, ó de uno solo en que se concentren todas las Ambulancias, después de destacar 4 hospitales de tránsito. Esta concentración tiene la desventaja de alargar bastante el trayecto que han de recorrer los heridos procedentes de los extremos de la línea, pero aún así deberá preferirse cuando pueda instalarse en una población ó lugar de recursos, ó sobre una buena línea de comunicación (cabeza de ferro-carril ó puerto de mar). Cuando los Hospitales de sangre se hayan de formar con las tiendas de Ambulancias, y vivir de sus propios recursos, será preferible que vivan separados, quedándose cada uno detrás de su respectiva división.

Esta distribución múltiple será más necesaria cuando operen reunidos dos ó más cuerpos de Ejército, pues en tal caso podrá tener el frente de batalla más de 10 kilómetros, como sucedió en Gravelotte y otras de la guerra franco-prusiana.

En resumen, es regla fija que los hospitales de fuego sean tantos como batallones: también lo es el que haya un hospital de tránsito ó puesto de trasbordo por brigada: pero el número de hospitales de sangre es variable, lo mismo que su posición y distancia, según las circunstancias del terreno.

Las tres ambulancias de una división pueden unirse no sólo entre sí, sino también con las tres de otra división, y agregárseles la del cuerpo de Ejército, y aún la del cuartel general en jefe si hay dos cuerpos. Pero se ha de cuidar de que esta reunión no se convierta en confusión, ni pierda cada ambulancia el contacto con la fracción de Ejército á que se halla afecta (brigada, división, ejército), sino que puedan fácilmente seguir las en cualquier movimiento envolvente ú otro, desprendiéndose sin violencia del hospital general de sangre.

Así, pues, la formación de todos los hospitales en la línea de batalla, resultará ser en escalones directos con frente á retaguardia, ó sea inverso de dicha línea.

## IX.

### Emplazamiento de los hospitales.

La situación normal del hospital de fuego es en el centro y á retaguardia de la línea de batalla de su batallón: pero podrán oblicuar á izquierda ó derecha del centro de esa línea (de 200 metros) para buscar un punto abrigado (edificio, tapia, escarpe, reverso de colina, zanja, barranco, árboles gruesos, etc.)

Los hospitales de tránsito forman el segundo escalon, y se situarán por regla general detrás del centro de la segunda línea de su brigada (á 500 metros de los hospitales de fuego). También éstos pueden oblicuar á derecha ó izquierda en demanda de abrigo, y aun retirarse ó adelantarse algo sobre la segunda línea de tropas, con el mismo objeto.

Para emplazar los hospitales de sangre, que han de estar fuera del alcance de los proyectiles, no hay que atender tanto á las condiciones de protección que ya lleva consigo la distancia, como á las estratégicas.

Así no debe instalarse hospital de sangre (ni de tránsito) en localidad tan importante que el enemigo deba batir y atacar precisamente, y mucho menos en la que constituya la llave de la posición, y que por lo tanto ha de ser blanco del fuego más sostenido y encarnizados asaltos.

Tampoco debe situarse en un punto que sea el de retirada natural de las propias tropas en caso adverso, sino en los costados del *tablero estratégico* (1).

Siempre que sea posible, se situará el hospital de sangre en lugar que facilite la evacuación de los heridos por su proximidad á un ferro-carril, puerto de mar ó plaza fuerte propia (2).

No deben, pues, emplazarse los hospitales de sangre, ni marchar los transportes de heridos por las *líneas estratégicas*, sino más bien por las *líneas de comunicación*, esto es, por las perpendiculares á las alas del Ejército en batalla.

(1) *Ejemplo.* Hubo un momento en la batalla de Gravelotte en que algunas compañías prusianas tuvieron que replegarse precipitadamente detrás de un caserío, donde se habían recogido un millar de heridos y desbandados, los cuales huyeron produciendo gran desorden, que sólo se contuvo por la brigada *Rex* que llegó de refuerzo. (F. Leconte.)

(2) *Ejemplo.* La batalla de tres días, que dió libertad á la invicta Bilbao, es una de las pocas de la última guerra en que de orden previa del General en jefe (*Duque de la Torre*) se designara el lugar que había de ocupar el Hospital de sangre durante el combate. La orden general del Ejército del Norte mandaba que ese hospital se situara en el palacio Villarias. Esa situación era excelente para servir al ala izquierda, que rompió un vigoroso cañoneo sobre las formidables posiciones de San Pedro Abanto. Pero como este ataque era secundario y dependiente del éxito del movimiento concéntrico que tan felizmente llevó á cabo el ala derecha al mando del insigne *Marqués del Duero*, resultó que ese hospital apenas tuvo heridos, por lo que el segundo día se trasladó á Montellano, quedando como hospital para el ala izquierda en el *parroquial* de la casa de las Bolas situado más atrás, y sirviendo de hospital de tránsito en la marcha de los heridos á Castro Urdiales, que era el verdadero depósito estratégico.

Los 200 heridos que el ala derecha (*general Marqués del Duero*) tuvo en su primera jornada se hospitalizaron de tránsito en Otañez, por disposición de su jefe de Sanidad el Subinspector *D. Juan de Requensens*, y los de la segunda en Galdames, evacuándose todos sobre Castro, con auxilio de los coches de ambulancia de las señoras de la Cruz roja.

En esta batalla puede verse realizado el mejor plan de socorro, con los hospitales de fuego en primera línea, próximos los de tránsito, y á corta distancia el de sangre, situado en plaza fuerte que, por ser puerto de mar, permitió las evacuaciones sobre toda la costa de Cantabria.

### Movimiento de los hospitales durante el combate.

Segun el art. 188 del Reglamento vigente de hospitales y ambulancias, «los médicos de los cuerpos con las secciones sanitarias á sus órdenes» (lo que en este estudio llamamos hospital de fuego) «han de seguir todos los movimientos de sus cuerpos.» Para que así puedan hacerlo, hemos recomendado no permitan la detención de los heridos, sino que los hagan seguir en retirada despues de aplicada la primera cura.

Si los movimientos del batallon son para ocupar posiciones sin empeñar el fuego, los seguirá el médico fácilmente (1). Si verifica un avance ofensivo, le seguirá de abrigo en abrigo, como los tiradores, salvando rápidamente los espacios descubiertos. Cuando llegue el momento del ataque á la bayoneta, las tropas tomarán el paso ligero á quinientos pasos del enemigo (*táctica de brigada*) y entónces debe detenerse el médico el poco tiempo que tardará en verse el resultado del ataque. Si fuere éste victorioso, subirá curando los heridos que hayan quedado; mas si fuere rechazada su tropa, se retirará con ella curando los que pueda.

Si, por el contrario, es su tropa la que sostiene una posición, sobre la cual se lanza el enemigo, procurará acelerar la retirada de los heridos que tuviere, y se quedará detrás de un batallon. Si éste llega á tener que replegarse, le seguirá, aun dejando en poder del enemigo los heridos que en aquellos momentos cayeren.

A quien no puede abandonar es al herido á quien ha comenzado á curar, y en tales casos han dado algunos médicos militares hermosos ejemplos de valor y serenidad. Al evacuar los franceses la ciudad de Manheim ante las tropas del Archiduque Carlos, el médico en jefe *Percy* (despues Baron del Imperio) viéndose muy apurado, tomó sobre sus hombros el herido que estaba curando (el oficial de Ingenieros Lacroix) y así lo llevó al otro lado del Rhin.

Cuando el movimiento de retirada se verifique como es regular, por escalones, el médico de batallon marchará en la línea más avanzada impulsando el alzamiento y rápida retirada de los heridos, aun sin curarlos. El hospital de tránsito de la brigada seguirá los movimientos de la base en los últimos escalones, ó sea los más distantes del enemigo (2).

El Oficial médico hará punto de honor en que ni un solo herido quede abandonado sobre el campo, hará cuanto le sea posible para que todos sean recogidos y transportados á retaguardia, aun cuando sea sin curar. Si no pueden ser recogidos por falta de camilleros, se esforzará por dejarlos, si es posible, con la primera cura hecha. Si logra esto, aunque el herido quede en poder del enemigo, podrá decirse entregado, pero no abandonado.

(1) Nos proponemos someter al juicio de nuestros compañeros otro estudio sobre *Táctica sanitaria* de batallon y de brigada, derivada de la vigente para Infantería.

(2) Se tratarán los detalles de la marcha en escalones al estudiar la *táctica sanitaria* de batallon y brigada.



En cambio los hospitales de sangre deben utilizar la inviolabilidad y neutralidad que el Convenio de Ginebra les confiere, para no seguir los movimientos de su ejército, sino permanecer firmes, aún cuando por los azares del combate hubieren de quedarse en poder del enemigo. Para ser respetados por éste, si es civilizado, les basta estar cubiertos por la bandera neutral de la Cruz roja, acompañada de la de su nación. También el piquete de guardia de hospital tiene derecho á ser respetado como salvaguardia.

Para consignar la regla que precede, por dolorosa que sea, hemos tenido en cuenta que, situado el hospital de sangre á 3 ó 4 kilómetros de las avanzadas del enemigo, cuando éste llegue á él es probable que sea vencedor: hemos considerado las funestas consecuencias de una desbandada al grito de *Sálvese quien pueda* entre millares de infelices impedidos, para quienes ni hay medios de transporte, ni posibilidad de sufrirlo, agotada la excitación del combate y aplanados por la hemorragia: acaso también por recientes amputaciones, ó aprisionados en aparatos de fractura cuya inmovilidad es imperiosa (1).

Sólo cuando la guerra se haga contra pueblos salvajes, deben llevarse los medios de hacer que los heridos sigan á las columnas expedicionarias. El reglamento francés de 25 de Marzo de 1832 para las ambulancias de Argelia, suponiendo que los heridos tuvieran que seguir la marcha de las columnas por espacio de un mes, las organizaba del siguiente modo:

	Para division de 10.000 hombres.	Para brigada de 4 á 5000 hombres.	Para columna de 1.000 hombres.
Médicos mayores.....	3	1	»
Ayudantes médicos.....	4	3	1
Farmacéuticos.....	1	1	.
Oficiales de Administracion...	1	1	1
Ayudantes de Administracion...	6	3	.
Soldados enfermeros.....	104	63	20
Camillas.....	20	12	5
Tiendas.....	30	16	4
Mulos con cantinas.....	70	50	13
Mulos con jamugas.....	250	112	32

(1) *Ejemplos.*—En la primera guerra civil tenían los carlistas de Navarra un hospital en el Valle de Lana: amenazado por el avance de una columna cristiana, se produjo una desbandada de heridos y enfermos en que tres días después se recogieron fracturados, caídos en despeñaderos y enfermos sepultados en la nieve.

En la campaña de Italia, la aproximación de una columna de prisioneros austriacos determinó otro pánico entre los millares de heridos franceses recogidos en Castiglione, los cuales emprendieron la fuga rompiendo sus vendajes.

Recuerdo también con dolor la amargura que produjo en los oficiales heridos en la batalla de Monte Muro, cuando después de curados y ansiando reposo, les anunció que retirándose de Abarzuza el ejército á la media noche, tenían que optar entre ser transportados ó quedar á merced del enemigo. Todos optaron por el transporte, pero comprendí que el pundonor militar se imponía con sobrehumano impulso al dolor físico y á la imperiosa necesidad del descanso.

En el final del siglo XIX no es justo que tales sufrimientos se impongan al valor desgraciado.

El reglamento alemán dispone que «en los movimientos de retirada, el Médico jefe de división dispondrá qué personal y material (calculando lo más estrictamente necesario) se ha de quedar al amparo del Convenio de Ginebra para asistir á los heridos en el principal de curación (*Haupt Verband Platz*): todos los demás seguirán á las tropas.» Respecto á los hospitales de campaña (*Feld Lazarethe*) dice que «en un movimiento de retirada del ejército, es cargo de los médicos jefes dejar al amparo del Convenio de Ginebra el personal y material puramente indispensable para el necesario socorro de los heridos, y seguir con todos los demás, sin demora al Ejército, agregándose, en cuanto sea posible, al destacamento sanitario.»

Creemos que estas reglas son muy acertadas, pues se encaminan á que el ejército que se retira no vaya completamente desprovisto de asistencia sanitaria, y á disminuir el número de los que han de quedar en poder del enemigo, pues aún cuando éste los ponga pronto en libertad, han de tardar mucho en volver á incorporarse (1). Es la primera consideración muy atendible, mas no debe prevalecer la segunda sobre la obligación moral de que los heridos que se dejen en poder del contrario no queden abandonados á la asistencia del enemigo, quien podrá tenerla escasa aún para los suyos, y siempre la empleará con preferencia en éstos. Lo regular es dejar con los heridos el personal suficiente para conllevar por sí solo su asistencia, aunque con trabajo extraordinario (un médico y tres sanitarios por cien heridos graves): debe dejarse también material de curación para tres días por lo ménos. En cuanto al personal y material de transporte no debe dejarse nada, ni una camilla, ni un mulo, ni un carro.

Al verse en el triste caso de abandonar un hospital de sangre, el Médico en jefe debe cuidar de que todo el material de transporte preparado y el que pueda improvisar, se emplee en llevar á todos los heridos leves, constituyendo un convoy, que aún cuando por razones estratégicas deba marchar separado de las tropas, irá también cubierto por el § 4.º del art. 6.º del Convenio de Ginebra, que declara inviolables las evacuaciones de enfermos y heridos con el personal que las dirija.

## XI.

### Cálculo de las bajas en combate.

Para disponer con acierto así el número como la situación y fuerza de los hospitales durante un combate, necesita el Médico en jefe tener previsto el número probable de bajas, á que habrán de atender; y si bien este cálculo es complejo, por depender de factores diversos, como son la configuración del

(1) Esto sucedió en la campaña franco-prusiana, donde los alemanes, si bien pusieron en libertad á las ambulancias francesas que apresaron, usaron de su derecho para no dejarlas volver por el camino más corto, sino obligándolas á dar un rodeo por Bélgica ó el Luxemburgo. Pude ver en la plaza de Rastadt (gran Ducado de Baden) poner en libertad á cuatro médicos militares franceses, que llegaron en un convoy de prisioneros, pero haciéndoles tomar la vuelta por Suiza.

terreno, las cualidades morales y el armamento del enemigo, el objetivo del general y por último, el azar, elemento ineluctable en la guerra, siempre deberá encontrar su principal fundamento en el criterio histórico, por lo que conviene tener noticia de las bajas ocurridas en las principales batallas que en nuestro siglo se han librado.

Tuvieron los ingleses en *Waterl6o* 8.000 bajas. Cayeron en la *Albuera* 5.342 anglo-españoles por 8.000 franceses, y en *Talavera* 7.468 de los primeros por 7.389 de los segundos.

Perdieron en *Inckerman* los anglo-francos 19.796 hombres (6.820 muertos y 12.976 heridos) y los rusos 15.000. El asalto de *Sebastopol* (18 de Setiembre de 1855) costó á los aliados 18.456 bajas (4.757 muertos y 13.699 heridos). Los franco-piamonteses tuvieron en *Solferino* 16.000 bajas y 21.000 los austriacos.

En *Wissenbourg* tuvieron los franceses 200 muertos y 300 heridos, y los alemanes 700 bajas. En *Worth* perdieron los franceses 13.000 hombres (la mitad prisioneros ilesos) y los alemanes tuvieron 8.000 fuera de combate (más de 400 de ellos oficiales). En *Mars la Tour* cayeron 16.934 franceses (837 oficiales) por 18.101 alemanes (676 oficiales). En *Gravelotte* 12.273 (389 jefes y oficiales) franceses por 20.577 alemanes (819 jefes y oficiales). En *Sedan* tuvieron los alemanes 1.310 muertos, 6.443 heridos y 2.107 desaparecidos: total 9.860 bajas; y los franceses 15.000 muertos y heridos (entre ellos 20 generales) y 108.000 prisioneros.

Estas cifras dejan ver que no disminuye el número absoluto de víctimas en esas grandes hecatombes, y que siempre que choquen dos grandes ejércitos quedarán por el suelo veinte á treinta mil hombres para quienes debe estar prevista la asistencia sanitaria. Pero si estudiamos la proporción de bajas con respecto á la fuerza presente en el campo de batalla, el resultado es ménos doloroso.

En efecto, á pesar del poderoso alcance y rapidez de tiro del fusil moderno, no se ha repetido en las batallas de nuestros días la espantosa pérdida del 30 por 100 que ocurrió en la de *Eylau*, la más mortífera del siglo, ni la poco menor de *Borodino*. En la *Albuera* perdió el ejército hispano-británico el 17 por 100 y en *Talavera* el 14 por 100 de su fuerza. En la batalla de *Mars la Tour*, la más mortífera de la campaña franco-prusiana, se perdió el 16 por 100. En la de *Gravelotte*, que fué muy empeñada cayendo de uno y otro lado 33.000 heridos, como la fuerza de ambos ejércitos sumaba de 360 á 365.000 hombres, la proporción de bajas no pasó del 9 por 100.

En nuestra batalla de *Monte Muro*, como el ejército del general Concha no pasaba de 15.000 hombres y tuvo 1.542 bajas, resulta una proporción de 10 por 100.

Esta proporción del diezmo es la que hoy debe adoptarse como término medio probable para los cálculos de la dirección sanitaria.

Pero se ha de tener en cuenta lo mucho que ese resultado varía en sus factores de tiempo y de lugar. En algunas fracciones del ejército excederá mucho de esa cifra, y en otras no la alcanzará, pues como se ha dicho no todas las fuerzas presentes en el campo de batalla son fuerzas actuantes en el

combate. Así el médico en jefe podrá reforzar con el personal de las ambulancias de las brigadas situadas en reserva, las que estén más empeñadas en fuego, pero cuidando de no tocar al personal sanitario de los batallones, que debe ser inseparable de ellos.

Aun en las tropas más empeñadas suceden á veces casos notables de feliz preservación, gracias á la configuración del terreno y á la habilidad de los que dirigen su avance. Así cita el coronel federal suizo *Leconte* el hecho de que en la batalla de *Noiseville* (11 Setiembre) la brigada alemana *Woyna* no tuvo más que 9 hombres fuera de combate, á pesar de haber tomado parte principal en la maniobra que obligó á retirarse á la división francesa *Rastoul*.

En cambio hay batallones que quedan en cuadro: así en *Wissenbourg* el regimiento 58 de línea tuvo sólo de oficiales 10 muertos y 12 heridos al atacar de frente la altura de Geisberg; y el 64 regimiento de línea frances perdió en *Borny* 294 hombres. No fueron menores las pérdidas de la infantería de marina en San Pedro Abanto, de cazadores de Manila en Urgel y de los tiradores del Norte en Navarra.

Esto en cuanto al lugar, que en cuanto al tiempo, es digna de tenerse prevista la rapidez con que pueden acontecer las bajas. Dura muchas horas el combate con escasas pérdidas, y luego bastan algunos momentos para verse inundados de heridos. Así refiere el gran Duque W. de Wurtemberg que en el ataque de *Saint Privat* (batalla de Gravelotte) la Guardia real prusiana al llegar á 1.500 pasos del enemigo tuvo 6000 bajas en ménos de diez minutos. Es verdad que contra su costumbre iban los prusianos en órden profundo (de diez filas). Así unas veces se aprovechan todos los proyectiles y otras se pierden.

Curioso es el cálculo que acerca de este punto llegó á hacer el Dr. *Chenu* para la campaña de *Crimea*. Allí entre franceses y piemonteses, ingleses y turcos, marina aliada y rusos se dispararon 89.595.363 proyectiles de fusil y cañón; el total general de heridos y muertos fué 175.057; de manera que descontados los heridos de arma blanca, resulta que se necesitaron mil proyectiles para causar un herido ó muerto.

No conocemos los cálculos análogos que para las últimas campañas hayan podido establecerse para apreciar la eficacia del nuevo armamento, pero sí que su largo alcance ha disminuido considerablemente el número de heridos de arma blanca, pues los alemanes sólo han tenido 200 de esta categoría en toda su campaña del 70 al 71. Sigue, pues, por fortuna ó por desgracia, decauyendo en la guerra la proeza individual, ante el progreso científico industrial en sus aplicaciones militares.

## XII.

### Proporción del personal sanitario con el combatiente.

Los datos que hemos condensado en el capítulo anterior permiten calcular la fuerza que han de tener las Ambulancias en el momento del combate, pero deben ser atendidos ántes de que llegue ese momento. Deben tenerse en cuen-

ta al organizar el Ejército á fin de dotarle de la asistencia sanitaria suficiente para el más pronto y eficaz socorro de cuantos sucumban al plomo enemigo.

El Dr. *Chenu*, en su obra la *Mortalité des Armées*, dice respecto de este interesante punto: « El personal médico de Hospitales y Ambulancias ha de guardar proporción con el número probable de enfermos y heridos, contando con los que deje el enemigo, á los cuales se ha de asistir como á los propios, conforme al convenio de Ginebra; hay que tener previstas también las bajas que, lo mismo que otros cuerpos, sufre el de Sanidad por muertos, heridos y enfermos. ¿Qué pueden hacer dos, tres ó cuatro Médicos, que son los que tiene cuando más la Ambulancia divisionaria? —En la campaña de Italia (1859) ingresaron 37.767 heridos franceses y austriacos en las 27 Ambulancias francesas que allí hubo, formadas con tres ó cuatro Médicos cada una. No se distribuyeron por igual, pues algunas Ambulancias, según su situación en el combate recibieron 6.707, 6.397 ó 3.024 heridos, mientras otras no llegaban á 300. El término medio de las diez Ambulancias más ocupadas fué de 2.715 heridos en cada una, esto es, unos 700 en la batalla de *Magenta* y 2.000 en la de *Solferino*. —En aquella cada Médico tuvo que curar 175 heridos y 500 en ésta. Es decir, que en la última batalla, áun trabajando cada Médico 20 horas diarias sin alimento ni descanso, podía dedicar *tres minutos* á cada herido. La verdad es que no estaban curados todos á las 20 horas. El Capitán de Artillería M. B. declaró haber visto heridos que hubieron de esperar la cura 30 horas! El bienhechor de la humanidad, *Henry Dunant*, consignó en su *Recuerdo de Solferino* que á muchos heridos no les llegó el socorro sino al cabo de tres días con sus noches! Esto, que parece exageración, no llega todavía á la triste verdad, pues el honrado Intendente general *Mr. Paris de Labolardiere*, encargado allí de dirigir el servicio sanitario, confiesa una tardanza de *cinco días!* al consignar en un informe oficial (*Operations administratives pendant la campagne d' Italie*) que los mulos, con artolas y los furgones del tren se emplearon en llevar heridos á las Ambulancias desde el día 23 (siguiente al de la batalla) hasta el 30 de Junio.

Este inconcebible abandono de millares de heroicos guerreros, que demostraba la profunda insuficiencia del servicio sanitario en un Ejército que se tenía por modelo, produjo en toda Europa la impresión más desconsoladora, y movida la opinión pública hasta en sus más altas esferas, dió lugar á que se congregara en Ginebra (1863) una Conferencia Internacional encargada de estudiar el remedio de tan grave insuficiencia, dando satisfacción al sentimiento humanitario de la edad presente.

Desde entonces se reconoció en todas partes como indispensable: 1.º que el servicio de socorro á los heridos se confie exclusivamente al Cuerpo científico de Sanidad, y no sea un apéndice á las múltiples ó importantes tareas de otra corporación legítima, pues que ni áun siendo ésta tan celosa y tan inteligente como lo es la Intendencia francesa, pudo evitar los desastres sanitarios de Crimea y de Italia. —2.º Que el servicio sanitario en su personal y material debe acrecentarse en la misma proporción que ha aumentado el número de combatientes y el efecto de las armas. 3.º Que para cuando esto no baste, existan organizados en todas partes los Cuerpos de voluntarios de Socorro,

que organiza con el elemento civil la Asociación internacional de la Cruz Roja.

Así, el personal facultativo de Sanidad militar ha tenido considerable aumento en los Ejércitos de las grandes potencias. El Ejército francés que desembarcó en Crimea (1853) constaba de 108.000 hombres, y sólo llevaba 78 Médicos de Ambulancia, ó sea 7 por 10.000. El Ejército que fué á Italia (1859), constaba de 160.000 hombres y tenía 132 Médicos de Ambulancia, ó sea 8 por 10.000.

Pero el Ejército prusiano llevó á la campaña de Bohemia (1866) 1.933 Médicos; sin embargo, su Médico general, el Dr. Loeffler, consignó en Enero de 1868 que se necesitaban 3.292 Médicos para el Ejército prusiano, que entonces tenía 425.000 hombres en activo (933.000 contando la Landwer): esto es, un Médico por 129 hombres ó á lo más por 290. Y esa proporción es la que llevó en 1870 á la campaña de Francia.

El Dr. Lefort en 1871 hacia notar que los cuatro del Ejército francés no daban más que un Médico por 382 hombres del ejército activo, y por 580 si se contaban las reservas, proporción que consideraba insuficiente.

En España tiene hoy (1879) el cuadro orgánico de Sanidad militar 408 Médicos para la Península y 536 si se añaden los de Ultramar. Pero como el ejército de la Península alcanza ya con las reservas á la cifra de 400.000 hombres, es imperiosa la necesidad de triplicar así el personal facultativo como el de las brigadas sanitarias, organizando al efecto poderosas reservas de este Instituto.

### XIII.

#### Exploración del campo de batalla.

No basta curar á cuantos heridos lleven los camilleros á los hospitales de fuego ó de sangre, sino que para tranquilidad de conciencia del Médico en Jefe es preciso no perdonar medio á fin de que ni *un solo herido* quede por llevar.

Con tal objeto cuidó el ilustre Feld Mariscal *Radetzky*, al organizar en el Ejército austriaco de Italia las primeras compañías sanitarias, de incluir en ellas algunas plazas montadas, que recorrieran el campo señalando los heridos á los camilleros.

Creemos que son necesarios al terminar el combate estos benéficos exploradores, que podrá facilitar cualquiera de los regimientos de Caballería del cuerpo de ejército. Después de la acción de Oroquieta dispuso el general *Moriones*, á petición mía, que los húsares de su escolta practicaran este servicio humanitario.

Como por lo general sólo termina el combate cuando ha cerrado la noche, sus tinieblas dificultan cuando no impiden esa investigación benéfica: pero la luz eléctrica puede disiparlas, y un cuerpo facultativo debe tener medios para producirla tan intensa y tan extensa como sea necesario. Es verdad que si el enemigo ha quedado sosteniendo posiciones á corta distancia romperá el fuego de sus cañones sobre la luz, pero este caso es excepcional. Lo regular es que la retirada del vencido sea definitiva: es muy probable haber obteni-

do su aquiescencia previa para un servicio humanitario en que él se encuentra igualmente interesado, y para estas ocasiones, que son las más, se hace indispensable dotar á cada Ambulancia de division del último aparato productor de luz eléctrica. Cuando no haya ese aparato, puede suplirse con las grandes de iluminación que tendrá el cuerpo de Artillería.

Durante el sitio de París por los alemanes se propuso entre otras muchas ideas más ó ménos extravagantes, la de que cada combatiente llevara consigo un *pito* para pedir socorro si caía herido. Esta idea, que tuvo una aceptación tan brillante como pasajera, es muy digna de tomarse en cuenta.

También parecerá rara la idea de utilizar en la investigación de los heridos el instinto de los perros, pero no puedo ménos de consignarla seriamente fundándome en el siguiente suceso. Cuando se dió la acción de Eraul (en la última guerra civil) salió al socorro la Ambulancia de la Cruz Roja de Estella, y sabiendo que un herido del Ejército había quedado abandonado, marchó en su busca á altas horas de la noche: mas todo su celo humanitario hubiera sido infructuoso, á no ser porque á uno de los hospitalarios seguía un perro de caza, que fué quien encontró al herido oculto en los jarales de un barranco y tan exánime, que no podía contestar ni pedir auxilio.

También puede el Cuerpo de Sanidad militar ejercitar obra de misericordia dirigiendo el levantamiento de los cadáveres en el campo de batalla, que se hará por las tropas ó por paisanos de la localidad: y aquí surgen dos problemas importantes: 1.º el de la *identificación* de los muertos, para lo cual se ha propuesto el que todo soldado lleve consigo un medallón ó un pergaminó donde conste su nombre, ó por lo ménos su número de matrícula, el de la compañía, batallón y regimiento. Asunto es este que se discutió mucho en la Conferencia Internacional de París de 1867, á petición del gobierno austriaco, que en su campaña de 1866 había tenido nada ménos que 46.000 *desaparecidos*. La proposición más eficaz, aunque muy extravagante, es la de consignar el nombre ó número de cada soldado inscribiéndolo en su piel por el *tatouage*; 2.º el del método de *inhumación*, de modo que no constituya un peligro para la salud pública, en donde se debate también la grave cuestión de la *cremación*, que ya en esa Conferencia de París propuso para los campos de batalla el Dr. Bertani, Médico en Jefe del general Garibaldi.

Nos limitamos á indicar estas cuestiones sin entrar en su examen detallado, porque como posteriores al combate, salen del cuadro que nos hemos propuesto en el presente estudio.

#### XIV.

#### Iniciativa y responsabilidad.

El reglamento alemán prescribe terminantemente que «no es al Comandante de las tropas, sino al Médico ó Jefe de Sanidad de las mismas á quien compete señalar el lugar donde se ha de instalar el puesto de curación, la dirección de éste y su levantamiento.» Así debe ser en efecto. Con la importancia que en la batalla moderna tie-

ne la iniciativa individual de todos los grados, aun la del soldado raso, es indispensable que el Oficial de Sanidad ejercite también la suya. En los momentos del combate no caben vacilaciones ni consultas, y como dice el archiduque Alberto de Austria (*De la responsabilidad en la guerra*), cada cual debe asumir por completo en su esfera de acción la responsabilidad del cometido que le está confiado.

Es, pues, necesario que cada Médico de batallón esté persuadido de que á él solo compete la responsabilidad del hospital de fuego ó primera cura, que instalará y hará funcionar sin esperar órdenes de nadie.

En el mismo caso están los Médicos-Jefes de brigada ó division respecto de los hospitales de tránsito y de sangre, si bien seguirán las instrucciones generales ó el plan de socorro que hubiere dictado previamente el Médico en Jefe del Ejército.

Así éste, situado siempre á la inmediación del General en Jefe, puede limitar su acción á ordenar los movimientos de despliegue ó concentración que segun la marcha del combate deban verificar los hospitales de sangre. También es de desear que tenga en cuenta el consejo del citado archiduque Alberto, de que conviene dejar al inferior cierta independencia de acción en cuanto no se roce con la responsabilidad del Jefe, ni perturbe el armonioso curso de todas las fracciones del ejército hacia un sólo fin; principio que debe aplicarse sin distinción desde las clases de tropa hasta el Coronel, pues sólo cuando existe esa escala de iniciativa puede esperarse que en momentos difíciles sabrá cada cual conducirse bien, sin que falte serenidad y sangre fría en casos imprevistos.

Precisamente á este espíritu de iniciativa individual, espontáneamente desplegado por los Médicos militares de todos los grados, se ha debido el completo y rápido socorro que han tenido los heridos de la última guerra civil de España, á pesar de la escasez de personal y material y de la falta de recursos.

Quiera Dios que cuando hayan de ser llamados otra vez á ejercitarla no venga á esterilizar sus generosos esfuerzos la retrógrada desorganización que hoy amenaza al servicio sanitario del Ejército español. Es preciso tener muy presente que en la guerra moderna no caben improvisaciones por más entusiastas que sean: el triunfo es siempre para el que científicamente ha sabido prepararlo, que ya no vence la fuerza sino cuando está al servicio de la inteligencia. Es preciso no olvidar las tremendas lecciones de la historia, y ellas nos dicen que los errores y las economías en la organización del servicio sanitario son los que cuestan más caros, pues hay que pagarlos irremisiblemente con la sangre del soldado y con el oprobio del país.

