

CONFERENCIAS Y RESUMEN DE REVISTAS

TRABAJOS ANALIZADOS

**Carrión Galiana (S.)—Aeromedicina.
Exploración médica del personal
volante.—Aeronáutica, año 1937.**

El tema, sumamente extenso, no será abordado íntegramente por el autor de este trabajo, por falta material de tiempo —nunca tan justamente empleada esta expresión—, pudiendo servir este ligerísimo preámbulo como disculpa por la modestia y humildad de este esquema de trabajo. Por lo demás va destinado al público que creyéndose apto para la aviación, únicamente por poseer un entusiasmo efímero y basado en apreciaciones superficiales, no llega a concebir cómo defectos ligeros en su constitución anatómica o desviaciones ligeras del normal funcionalismo orgánico lo incapacitan para aquello a que se cree con condiciones espléndidas. Se llega incluso a pensar que el reconocimiento médico del personal volante es un trámite más para la producción de pilotos, y quienes así piensan únicamente eliminarían del aire a los tullidos o amputados de más de un miembro. Contra todo esto hay que reaccionar, porque la exploración psicotécnica en general —y mucho más en aviación— es fundamental porque repercute intensamente en el individuo y en la sociedad; en el individuo porque al ocupar cada uno el puesto que su capacidad aconseja, trabaja de un modo más agradable, puede desaparecer el «complejo de inferioridad» que tantas buenas disposiciones malogra, y al encontrarse en correcta relación los factores capacidadfunción, el individuo se supera técnicamente, investiga nuevos modos, nuevas técnicas, y con ello

adquiere la serenidad y la euforia psíquica que en el hombre, cerebralmente sano, determina la adquisición de nuevos conocimientos.

Socialmente, al hacerse más intenso el trabajo se intensifica la producción, y la colectividad recibe un mayor rendimiento del individuo, que mejora económicamente la vida de todos. Todo esto es completamente aplicable al personal volante, con el aditamento, de que por sus características de velocidad, variaciones de presión, cambios de temperatura, etc., la aviación necesita personal superdotado físicamente, y es natural que si la eficacia de un Arma de Guerra es función del material y del hombre, todo cuanto mejore éste, aumenta la capacidad de aquélla.

Se discute todavía el valor absoluto de estas pruebas psicotécnicas —nadie niega en cambio el valor del reconocimiento médico puro— olvidando que cuando se habla de biología, no podemos aplicar de un modo total nuestros conocimientos matemáticos, y que apurando un poco las cosas, no interesa que tengan este valor absoluto, sino sencillamente aproximado, indicando para lo que más sirve el candidato, que se completa después con el informe del maestro, profesor de vuelos, etc. Cualquiera que haya estudiado el material de «fichas» de cualquier Escuela Industrial, observará, que guardan una casi total relación ambos informes: el del psicotécnico y el del maestro.

En el caso concreto de aviación, tengo ejemplos variados, de que aquellos candidatos a pilotos que figuran con una ficha tangencial con las «malas» y que no han sido eliminados por este motivo, al seguir-

les luego en su marcha como pilotos, han puesto de manifiesto, por sus compañeros, profesores, hechos de guerra, etc., que no eran de lo mejor. Tengo un ejemplo, de un accidente reciente en un piloto de caza, que en el aprendizaje «no veía» la toma de tierra, y que posteriormente sufrió un accidente por falta de «medir» distancias. Por curiosidad consulté su ficha, y en ella, en la apreciación de visión a distancia, que la hacemos con unos alambres, tres, móvil el del centro, que hay que alinear correctamente, mirando por una ranura adecuada, en vez de un error de un centímetro, corto o lejos, con respecto al que realiza la prueba, que se considera como normal, la ficha del piloto en cuestión, decía «dos centímetros irregular», lo que quiere decir que tan pronto colocaba el alambre del centro dos centímetros largo, que corto. Este ejemplo puede repetirse varias veces con material del pabellón de reconocimientos de pilotos, y siempre habría una relación correcta entre la actuación del caso en cuestión y su ficha psicotécnica.

Sirva todo lo expuesto como argumentos para intentar convencer a algunos, aclarar conceptos a otros; y pasemos ya a la labor que se desarrolla en un pabellón de reconocimientos de pilotos.

Este pabellón, uno de los mejores de España, se encuentra alojado en edificio aislado, construido para ello; consta de varias salas, para exploración general, agudeza visual, cuarto especial para examen de fondo de ojo, rayos X, laboratorio, despacho, sala especial en donde están instalados el cinemoestatoestesiógrafo de Figueras, para la medida del complejo sentido estatocinético (laberinto ótico, sensibilidad superficial y profunda, etc.), inhibodiscriminómetro (para la medida del poder de inhibición y tiempo de reacción discriminante), cámara pneumática, silla giratoria para investigar el nistágmus, etc... Todo ello con energía eléctrica propia. La sala de exploración oftalmoscópica, con espléndida caja de lentes, oftalmoscopios, etc. En el laboratorio pueden investigarse, y se hacen en los casos dudosos investigaciones en

sangre, en orina, reacciones biológicas, recuentos, etc., habiendo el proyecto de ampliarlo en el sentido de poder hacer unos estudios de reserva alcalina y variaciones del Ph, lactacidemia, etc., en el piloto; lo que enuncio como una posibilidad para un futuro próximo, en el que no habrá tacañería para estas cosas.

Existe un tribunal médico cuyo modo de actuar es el siguiente: El aspirante sufre inicialmente examen de su agudeza visual, primero con cada ojo, y luego con ambos, empleando unos optotipos análogos a la escala de Márquez, pero construidos para ser vistos correctamente por un sujeto normal de agudeza visual igual a 10 décimas, a cinco metros. Con ambos ojos, lo habrá de ver a siete metros. Si posee la agudeza normal, se le explora después, visión crepuscular mediante la escala de Maselon, anotando los resultados, tampoco admisibles cuando sean inferiores a lo normal; después, acomodación con cada uno de los ojos, siendo inútil con arreglo al cuadro de inutilidades la acomodación inferior a ocho dioptrías, que equivale a no poder leer un texto impreso a una distancia menor de 125 milímetros; investigase más tarde la existencia de diplopia y al no haberla, el sentido cromático mediante las lanas de Holmgren. La exploración de los reflejos pupilares y el estado de los anejos del ojo, y los índices de apreciación de distancias mediante los alambres a que me refería al principio de este trabajo, termina con esta primera parte, que siendo normal o hipernormal, autoriza las restantes exploraciones, y que al ser patológicas, se comprueban mediante esquiascopia, caja de lentes, etc.

Sufre después el candidato, el reconocimiento de fosas nasales, garganta, laringe, trompas, tímpanos, dentadura, etc., siendo eliminado si presenta anomalías de estos órganos que le impiden un normal funcionamiento de los mismos, como hipertrofias acusadas de cornetes, de amígdalas, crestas de tabique nasal, cicatrices timpánicas o perforaciones del mismo tímpano, y si estas anomalías pueden modificarse por la

intervención, se le ofrece al candidato la oportunidad de operarse, no siguiendo el curso de las exploraciones si rehúsa el hacerlo. Aquellas anormalidades, que no puedan ser intervenidas, son objeto de total inutilidad. En la exploración del tímpano se hace constar la existencia o ausencia de reflejos, movilidad, aspecto, etc., siendo notorio el señalar un hecho de observación debido al doctor Olivares, consistente en lo siguiente: en presencia de un tímpano de reflejo poco movable, escaso o nulo reflejo, casi se puede afirmar de un modo categórico que es el del oído que oírá mejor, o sea que la agudeza acústica está en relación inversa con la existencia de escaso o nulo reflejo, regla de exploración que en los siete meses que lleva el autor examinando alumnos pilotos no ha fallado jamás, aprovechando esta oportunidad para enunciarlo «como fenómeno de Olivares», ya que en la literatura española de estos temas no se encuentra relación de dicho fenómeno (no sabiendo el autor si existe algo semejante en la extranjera), y que debe por lo tanto unirse al nombre del médico que primeramente lo observó.

La normalidad de laringe, faringe, fosas nasales, etc., permite al candidato sufrir el reconocimiento de la agudeza acústica, efectuada con cronómetro, rigurosamente comprobado, y que merced a estas comprobaciones, resulta un fiel «test», siendo lo normal el percibir el tic-tac del reloj a una distancia nunca inferior a un metro, cumpliéndose siempre lo que yo he llamado «fenómeno de Olivares». Se investiga a continuación el equilibrio en bipedestación y «Romberg sensibilizado» y marcha, con sus desviaciones derecha o izquierda, siempre del lado que menos se oye. Al terminar todas estas pruebas se talla al sujeto —una talla inferior a un metro sesenta centímetros lo hace inútil— y se pesa, explorándose después la sensibilidad muscular mediante la apreciación de pesos, con unos cubos de madera que se diferencian 5 ó 7 u 11, etc., gramos, estando el candidato con los ojos cubiertos, espirometría, existencia de temblor, mediante una tablilla

que soporta una punta de París que hay que levantar sin que se caiga ésta hasta una altura de treinta centímetros aproximadamente, dinamometría, etc., no siendo muy exigentes en estas pruebas, que sirven para completar la ficha del aspirante.

La última exploración que en los casos dudosos es efectuada por los tres médicos separadamente, como las anteriores, se reduce al examen de pulmón, con radiografías en los casos oscuros, corazón, tronco, reflejos, eliminándose a los aspirantes que posean lesiones cardíacas o distonías muy acusadas, afecciones pulmonares crónicas, hernias (pueden operarse y ser útiles), cicatrices abdominales acusadas o debidas a intervenciones que hayan interesado peritoneo, con las consiguientes adherencias, o de los miembros que dificulten el normal juego de articulaciones, etc. Pulso, frecuencia, antes y después de un ejercicio «standart» quince flexiones de miembros inferiores en treinta segundos, suspensión respiratoria en reposo y después del mismo ejercicio, y si todos estos datos acusan una completa normalidad funcional y orgánica de los aparatos respiratorio, circulatorio, etc., el individuo es apto para piloto.

Cuando tenemos tiempo se termina esta exploración investigando capacidad psicomotriz a estímulos táctiles, auditivos y visuales, midiendo el tiempo de reacción, cámara neumática, cinemostatoestesiógrafo, investigación del vértigo galvánico, pruebas de Barany, etc., que normalmente no se hacen por el aflujo enorme de aspirantes que impide toda labor que exija grandes pérdidas de tiempo.

La ficha completa que corresponde a un normotipo que debiera ser el mínimo exigible para el ingreso como piloto es la siguiente:

Ch. G. Reconocido el día 21 de noviembre de 1936. Para piloto. Veinticinco años.

Agudeza visual con cada ojo: Ojo derecho: 14/10. Ojo izquierdo: 14/10. Con ambos ojos: 20/10. Acomodación: 9-9. No existe Diplopia. Buen sentido Cromático. Visión crepuscular: letras negras: Bien. Letras blancas: Bien. Anejos: Bien. Refle-

jos: Bien. *Indices de apreciación de distancias*: Exactos. *Fosas nasales*: Ligeramente espón. *Faringe*: Bien. *Laringe*: Bien. *Dentadura*: Arreglada. *Suspensión respiratoria en reposo*: 100 segundos, y después de las quince flexiones: 35 segundos. *Conductos auditivos y trompas*: Bien. *Timpanos*: Buenos reflejos. *Agudeza acústica*: Oído derecho: 1'50 metros. Oído izquierdo: 2 metros. *Equilibrio en marcha*: Bien, con ligero desvío a la izquierda. *Talla*: 1'75 metros. *Peso*: 75 kgs. *Perímetro*: Inspiración: 103 centímetros. Espiración: 93 centímetros. *Espirómetro*: 4'800 c. c. *Aprécia cinco gramos*. *Tablillas bien en ambas manos*, a la primera vez. *Corazón y pulmón*: Bien. *Reflejos*: Bien. *Pulso en reposo*: 6 pulsaciones en cinco segundos. Después de las flexiones: 8 pulsaciones en cinco segundos —cinco segundos de descanso— 8 pulsaciones en cinco segundos —cinco segundos de descanso— 7 pulsaciones de descanso —6 pulsaciones—.

La simplificación de la ficha queda explicada por las razones de escasez de tiempo debida al gran aflujo de candidatos, ya que cada exploración del aspirante, si es completa, y standardizando ésta, gasta unos veinte minutos, algo más en los casos de exploraciones complementarias, tapones de cerumen que hay que eliminar con el lavado de oídos, etc.

Y ahora presento la labor de un determinado período:

Total de reconocidos.....	1.532
Inútiles.....	639

De éstos, lo fueron por las siguientes causas:

Ametropias y mal estado de anejos.....	418	27	por 100
Cicatrices timpánicas, otitis hipoacusias.....	82	5	por 100
Impermeabilidad nasal por crestas, hipertrofias, etc.....	19	1	por 100
Cicatrices en miembros u operatorias o de otra causa en abdomen.....	11	0'7	por 100

Discromatopsias (sobre todo al verde. Este porcentaje es idéntico al obtenido por Herlitzka).....	87	2	por 100
Talla inferior a 1'60 m.	30	1	por 100
Enfermedades de corazón y pulmón.....	4	0'2	por 100
Trastornos de equilibrio y marcha.....	6	0'3	por 100
Fichas malas.....	22	1	por 100
Insuficiencia orgánica...	10	0'6	por 100

Fichas malas llamamos a aquellas que presentan varias cosas que rozan la anomalía y que aisladamente no hubieran sido causa de inutilidad.

Insuficiencia orgánica llamamos a desproporciones acusadas del tórax y el perímetro, talla, etc., no habiendo anotado entre los inútiles un aspirante que en pleno examen sufrió un acceso epiléptico, y que no llegó a explorarse del todo ante la total incapacidad que determina el mal comicial.

A. Fandre.—El catgut y el tétanos.—*Bulletin de Sciences pharmacologiques*, tomo 43, pág. 65.

Se reanuda en esta Memoria el estudio de la infección tetánica por el catgut hecho en 1932 por Kaufmann y Galea, *Journal de Chirurgie*, tomo 39, núm. 2.

La cuestión de la presencia del bacilo de Nicolaier en el intestino del carnero es objeto de una investigación entre varios profesores de las escuelas veterinarias, cuyo resultado permite afirmar la presencia del bacilo, constantemente para unos y para otros sólo accidental, por ingestión de tierra contaminada con el alimento.

Sin embargo, la investigación del bacilo tetánico en las paredes del intestino delgado del carnero, como se sabe, la materia prima para la fabricación del catgut, ha dado siempre a Fandre un resultado negativo, ya se haya tomado el intestino asépticamente, o el sometido a todas las manipulaciones de los mataderos y de los medios de transporte.

Igualmente, el examen, ya sea de cul-

tivos, ya por inoculación de fragmentos de cuerda de catgut, procedentes de las diversas triperías y antes de toda esterilización, ha dado desde el punto de vista del tétanos un resultado constantemente negativo. Ello demuestra que la presencia del bacilo tetánico en el catgut, si existe, es sólo excepcional.

Pero había que hacer una última serie de experiencias para establecer la posibilidad de esterilizar un catgut aún en tiras, o terminado, y del grueso 0-3, después de haberlo infectado por un cultivo de bacilo tetánico.

La esterilización por tindalización en el alcohol de 90° a 60° de temperatura, durante cinco días, se ha obtenido siempre. La esterilización con iodo en medio alcalino, después de una estancia de cuatro horas en la estufa a 37°, constituye un procedimiento rápido y decisivo, de éxito constante, pero que precisa regularse en el laboratorio, pues entraña una ligera disminución de solidez del catgut.

M. zur Werrth (Hambnrg).—La amputación biológica de los miembros en el hombre.—*Munchener medizinische Wocheuschrift*, año 82, núm. 14, pág. 525.

Basándose en la experiencia de los heridos de guerra, el autor insiste sobre los niveles a los que es preciso amputar.

En el fémur, entre el pequeño trocánter y la parte base de la diáfisis, es preciso ser muy parco. Al contrario, los cóndilos son completamente inútiles, y si se quiere practicar un Grittix, hay que hacerlo corto para posibilitar un aparato eficiente. Nunca desarticulación de la rodilla, ni conservación de la extremidad superior de la tibia. Pero hay que conservar cuidadosamente todo lo que se extiende desde la tuberosidad tibial hasta la parte media de la pierna. Después existe una zona inútil hasta el nivel de la amputación de Pirogoff, que debe conservar un miembro corto, en cuyo caso es muy superior al Syme. El Chopart es deficiente.

Contrariamente, la amputación del pie,

al nivel de los metatarsianos, da excelentes resultados.

Al nivel del miembro superior, el autor distingue las necesidades del trabajador intelectual de las del trabajador manual, y muestra la inutilidad relativa de la extremidad inferior del húmero o de los huesos del antebrazo.

Presenta varios esquemas que resumen su estudio.

Geo L. Fair. Oyster Bay.—Un cuerpo extraño intracardiaco.—*New York State Journal of Medicine*, vol. 35, núm. 8, páginas 453-459.

Comienza el artículo con un corto resumen bibliográfico. El año 1868 Fischer recogía 452 casos de heridas del corazón y del pericardio, y demostraba que estas heridas no son necesariamente fatales.

El primer caso de curación con conservación de la aguja intracardiaca sería el de Gerard de 1834, pero otros, bastante numerosos relativamente, se encuentran en la literatura.

En 1835 tendría lugar la primera operación feliz de extracción de una aguja por O'Connor, seguida de los casos de Callender (1873), Foot (1888), Turner (1896) y Prior (1897).

Fair añade hoy un caso personal de curación de herido de corazón por aguja con conservación del cuerpo extraño posteriormente al fracaso operatorio.

Un demente de 60 años trata de suicidarse clavándose una larga aguja en el corazón. Una radiografía, hecha a las dos horas, demuestra el cuerpo extraño enclavado en la pared ventricular, con el ojo justamente detrás del esternón.

Una hora después se intenta extraerlo operatoriamente, pero la aguja había penetrado completamente en el músculo y no se podía tocar la extremidad, ni incluso apreciar el orificio de entrada sobre la pared ventricular, y la investigación fué abandonada.

Hubo pericarditis supurada y pleuresía, pero la curación se consiguió a pesar de

todo, y siete meses después del accidente, el paciente se encontraba bien, y la aguja, siempre hincada en el ventrículo derecho, no parecía molestarle.

Respecto al tratamiento de estos accidentes, el autor concluye que el mejor método a seguir es el dado por Delorme en 1917. 1.º En casos de manifestaciones graves, dolor cardíaco, crisis de sofocación, irregularidad cardíaca y palpitaciones, que el cuerpo extraño sea intracavitario o intramuscular, es preciso operar inmediatamente. 2.º Cuando los síntomas son menos alarmantes y más tolerables, y se puede esperar que el cuerpo extraño se enclave o enquiste, hay que aguardar. 3.º En los casos de síntomas poco importantes, pero con el cuerpo extraño libre en una cavidad, hay que considerar la posibilidad de intervenir por los peligros de emigración o de irritación.

E. B. Potter y F. A. Collier. Ann Arbor.—**La vacunación intraperitoneal en la cirugía del colon.** — *Annals of Surgery*, vol. 101, núm. 3, págs. 886-890.

Los autores han utilizado en la cirugía del colon, a título preventivo de la peritonitis, la inyección intraperitoneal hecha 48 horas antes de la operación, del contenido de una ampolla de vacuna colibacilar, preparada según el método de Steinberg, con doscientos millones de colibacilos muertos por el calor en suspensión en una solución gomosa al 1 por 100. La inyección se hace un poco por debajo del ombligo, con una aguja de punción lumbar.

79 casos de cirugía cólica han sido tratados así. La inyección determina, en general, dolor a las dos o tres horas, lo bastante intenso para precisar la aplicación de morfina. Hay también elevación de la temperatura, aceleración del pulso y, generalmente, hiperleucocitosis. En la operación, hecha 48 horas más tarde, se comprueba una reacción peritoneal variando desde la hiperemia hasta el exudado plástico con depósitos fibrinosos como en la peritonitis generalizada. Las operaciones consistieron

en resecciones rectosigmoideas, cólicas, etc.

En el 70 por 100 de los casos no ha habido ninguna complicación operatoria; 15 por 100 de los casos han tenido complicaciones debidas a una infección local, pero sin peritonitis. Ha habido 14 por 100 de fallecidos, pero sólo uno entre ellos parece poder atribuirse a la peritonitis, y aun ésta parece haber sido secundaria y debida a una falta de técnica y a la operación por sí misma.

Los autores concluyen, pues, en la utilidad de la vacunación abdominal.

Scalfatti-Bizarri.—**Secuelas tardías (angiocolitis supurada de larga duración) por retención de proyectil en el parénquima hepático.** — *El Policlínico. Sección práctica*, año 42, núm. 11, páginas 498-501.

Un hombre de cuarenta y cuatro años fué herido en 1918 por numerosas esquirlas de obús en la mitad derecha del abdomen. Dieciséis años después este herido resulta enfermo de angiocolitis supurada, y el examen radiográfico muestra una esquirla metálica situada en pleno centro de la sombra hepática. Existían, además, numerosas franjas opacas en la base del hemitórax derecho.

Sin duda había en este caso un proceso de simple angiocolitis catarral de las pequeñas vías biliares, sobre el que se implantó una inflamación ulcerosa producida por el cuerpo extraño.

Dr. Neumann (Jefe del Servicio de Sanidad de las Brigadas Internacionales).—**No aflojemos.** — *Boletín de Información de la C. S. I.*, núm. 2.

Hace diez meses, la Organización Sanitaria del Ejército Español constituía aun un problema que resolver desde todos los puntos de vista. Esto en un país en el que el ejército estaba en vía de formación y no poseía el material ni la experiencia necesarios para organizar servicios parecidos.

El Servicio Sanitario del Ejército Republicano Español ha conseguido, a fuerza

de abnegación, crear la organización necesaria. Esto ha sido hecho con el concurso activo y entusiasta de todos los partidos, las organizaciones y la población en general. La ayuda internacional, expresión de esa obra de solidaridad que ha pasado por el mundo entero, ha sido aceptada con todo reconocimiento. Y recíprocamente, todos los que han venido para ofrecer sus servicios, médicos, enfermeras y personal sanitario, han encontrado el apoyo más abnegado no solamente del Servicio Sanitario Español, sino de todo el pueblo.

Al principio había que trabajar al día, era preciso crear las formas más primitivas del Servicio Sanitario del Frente y de la Evacuación, había que organizar los hospitales de retaguardia adaptándolos a la nueva milicia. Dos cuestiones de primera importancia se planteaban constantemente en este momento: La de los cirujanos y el material quirúrgico, de un lado, y la de las ambulancias, por otro. ¿Se podría o no se podría en el transcurso de una batalla efectuar las operaciones necesarias en un tiempo mínimo? ¿Se conseguiría o no asegurar el transporte rápido de los camaradas heridos hacia los hospitales del frente y de allí, tras los primeros socorros, evacuarlos más lejos?

Tales eran los interrogantes que se presentaban de cuya buena solución dependían la vida o la muerte de tantos camaradas. Estos problemas están resueltos actualmente de tal manera, que con un trabajo enérgico se pueden llevar a buen fin las operaciones más difíciles.

Cirujanos, médicos y enfermeras han acudido de todos los países y colaborado con sus colegas españoles. El material médico indispensable, los instrumentos, todo ha llegado, pero aun se precisan más. El material se desgasta, los hombres se agotan y hay que reemplazarlos. Con el desarrollo del Ejército Republicano el servicio sanitario se amplía también y aumentan las tareas. Aun hay otras dificultades que su-

perar. *La utilización precoz de grandes cantidades de suero antitetánico ha evitado completamente el tétanos, esa plaga de las guerras anteriores. Las vacunaciones hechas a tiempo han impedido el estallido de las epidemias de tifoideas.* Las condiciones de higiene del ejército han sido y son mejoradas de día en día.

Hoy nos encontramos ante otros problemas, los que plantea la guerra en la estación calurosa en un país meridional y pobre de agua.

Prevenir las epidemias.—El ejército español necesita camiones-duchas y de desinfección. Así se cumplirán dos tareas: proteger a los soldados del frente y de la retaguardia contra los grandes calores, dándoles la posibilidad de conservarse limpios (cuerpo y vestidos) y al mismo tiempo evitar los piojos, y con ello el desarrollo de epidemias como el tifus exantemático. Estas epidemias no implican solamente el sufrimiento y la pérdida de vidas humanas, sino que influyen igualmente la situación militar a pesar del entusiasmo de los combatientes.

Se trata de prevenir todos estos peligros, hay que poner a la disposición del ejército español camiones-duchas y de desinfección y tanques para el transporte de aguas. He aquí los nuevos objetivos que se presentan ante la solidaridad internacional.

El servicio sanitario de un ejército no es una organización que trabaje al lado y fuera de éste. La vida diaria de los soldados está estrechamente ligada al servicio sanitario. La confianza en el camillero que con peligro de su vida transportará el herido, la confianza en el enfermero que le hará su cura calmante, la confianza en el médico y en la enfermera que trabajan a retaguardia, la confianza en el buen funcionamiento de todo el servicio sanitario, todo esto da firmeza, calma y fuerza, lo mismo que la confianza en la dirección militar.