

## **Dos problemas de asistencia a los heridos en retaguardia**

**por el Prof. Dr. MANUEL BASTOS**

De la Facultad de Medicina de Madrid

Teniente Coronel Médico, Jefe de Equipo Quirúrgico en el Hospital de Sanidad Militar número uno (Madrid)

La asistencia de los heridos en retaguardia plantea, de momento, dos problemas fundamentales :

1.º La recuperación de los heridos susceptibles de curación y aún de retornar a la línea de fuego o a las formaciones de retaguardia.

2.º La asistencia —obligada— a los inválidos incurables y a los mutilados.

Estos dos objetivos llevan direcciones opuestas y han de ser enfocados por tanto separadamente. No conviene, de ningún modo, que los recuperables convivan con los inválidos ni la orientación científica y social de la cura de los recuperables tiene nada que ver con la que debe seguirse en la asistencia de los inválidos. Los recuperables deben estar reunidos ; su tratamiento, a partir del momento en que son evacuados de los hospitales de vanguardia, debe hacerse en Centros especializados lo menos numerosos posible o, mejor todavía, en un Centro único.

En cuanto a los inválidos, el mejor modo de asistirlos es enviarlos a los pueblos de su naturaleza, al seno de sus familias y al marco habitual de su vida. Bien entendido, que el Estado tiene la sagrada obligación de proveer a sus necesidades pensionándoles debidamente y poniéndoles en las mejores condiciones de vida. Debe proporcionarles, también, las prótesis o aparatos ortopédicos que necesiten.

Pero, en bien de los mismos mutilados, no conviene reunirles en Institutos especiales ni hacer en ellos lo que se llama «reeducación». Más adelante, hemos de exponer las razones en que se apoya este criterio nuestro tan opuesto a lo que *suená* como reminiscencia de la Gran Guerra. Por

ahora, establezcamos el primer postulado de que *a los recuperables debe concentrárseles en Hospitales especiales y en cambio a los inválidos es mejor tenerlos dispersados.*

### **1.º La cura de los recuperables.**

Estos heridos pertenecen a dos categorías :

1.º Heridos de cabeza, pecho y vientre. El tratamiento y asistencia de estos heridos en el período de convalecencia es más bien de tipo médico y debe hacerse, por tanto, en hospitales dotados de personal especializado en medicina interna. Una sección de estos hospitales debe estar consagrada a los heridos de cabeza y a cargo de un neuropsiquiatra. Otra sección reúne los heridos de pecho y está a cargo de un fimatólogo. Otra concentra a los de vientre a cargo de un especialista en aparato digestivo. Nadie más capacitado que estos especialistas para tratar tales heridos una vez que han salido del período postoperatorio y tienen cicatrizadas sus heridas. Nadie mejor que el especialista para pronunciarse en definitiva sobre la invalidez o sobre la curación de un traumatizado de cráneo, de un perforado de pulmón o de vientre. Estos hospitales, que llamaremos de medicina interna, son, pues, tanto de convalecencia como de observación, ya que el tiempo que en ellos permanezcan los heridos termina por su retorno al frente o por la declaración de incapacidad definitiva.

El tipo de hospital que conviene más para estas atenciones es el situado fuera de las grandes urbes en un ambiente de serenidad y reposo, rodeado, a ser posible, de grandes parques, jardines o bosques. Se trata —ya se comprende— de proporcionar a estos «débiles del pecho» o de la «cabeza» las condiciones óptimas de convalecencia. Aquí, como siempre, es de desear la máxima centralización de tales heridos y que todos vayan a un solo hospital. Pero dentro del mismo es forzoso establecer numerosas secciones y subsecciones. Por eso, los establecimientos que mejor se prestan para tal cometido son los que constan de varios pabellones o cuerpos de edificio. No es necesario que éstos tengan disposiciones especiales, pues los servicios técnicos centrales son, relativamente, de poco volumen en tales hospitales, de suerte que resultan fácilmente acomodables en cualquier parte. En cambio, el aislamiento de la zona urbana por una espesa zona de finca rústica les es imprescindible. Y ya se comprende cuales son los establecimientos que, vecinos a las grandes poblaciones, se prestan mejor para la instalación de estos hospitales de convalecencia.

2.º Heridos de los miembros. Es seguramente el grupo más numeroso

de los que alojan los hospitales de retaguardia. Y es de una triste evidencia que en la mayoría de estos hospitales los heridos de los miembros no hacen más que empeorar, eternizarse y caer pasivamente en la invalidez definitiva. Sucede esto, sobre todo, en los pequeños hospitales pacíficos de los pueblos apartados donde al herido no se le cura, pero se le mimó, donde nada le impulsa a recobrar su capacidad plena y donde todo tiende a encariñarle con el sillón de ruedas, el cabestrillo o las muletas. Así se cuajan definitivamente tantas contracturas, deformidades y parálisis que hubieran evitado tratamientos oportunos y bien dirigidos. Pero es que aplicar estos tratamientos no está al alcance de todos los médicos generales ni aún siquiera de los cirujanos generales. Tal tratamiento es asunto de especialistas y la lucha contra las consecuencias de las heridas de los miembros es algo que no puede realizar en absoluto quien no conozca y *sienta* la especialidad de cirugía ortopédica.

El herido de los miembros —en la larga convalecencia que es de regla en tales casos— no debe, de ningún modo, perderse en los hospitales de pueblo. Debe ser tratado en un centro de cirugía ortopédica y por especialistas calificados en esta disciplina. Por las razones antes apuntadas conviene que estos centros se reduzcan a un mínimo. Lo mejor es que no haya más que uno situado en un punto de Levante lo mejor comunicado posible y todo lo grande que las necesidades aconsejen. Téngase en cuenta que *a este Centro deben acudir todos, a ser posible, absolutamente todos los heridos de los miembros en que no es de esperar una curación rápida*: los fracturados graves o con fracturas en trance de mala consolidación, las pseudoartrosis, las parálisis, las contracturas, etc.

La proporción de recuperables que se obtiene por un adecuado tratamiento de tales lesiones, es, sin duda alguna, importantísima. Sobre todo si esta fase consecutiva del tratamiento está bien enlazada con la fase inmediata que se ha realizado en los hospitales de primera línea. Es evidente que nadie pueda estar tan compenetrado con el herido, tan implicado cordialmente en su curación como el que le ha tratado de inmediato. Cuando el herido pasa a otras manos pierde siempre. Por lo menos, su confianza en la curación se rebaja necesariamente al verse objeto de nuevas normas de tratamiento; en cambio, en las manos de quien le operó en los primeros momentos el herido se siente siempre confiado, dispuesto a colaborar en su propia curación y propicio a aceptar de buen grado el fallo definitivo de su lesión, sea éste cual fuere.

Nadie, pues, mejor capacitado que el cirujano de los grandes hospitales de vanguardia para dirigir el tratamiento consecutivo de sus heridos

en los hospitales de retaguardia. Y esto tanto en los ortopédicos o para heridos de los miembros como en los que hemos llamado de convalecencia y observación. Es evidente, sin embargo, que el cirujano jefe de equipo no puede atender al mismo tiempo a ambas formaciones. Pero sí puede dirigir las por delegación mediante la presencia de un miembro del equipo bien compenetrado con él y también mediante visitas personales siempre que las circunstancias lo permitan. De este modo los cirujanos de vanguardia especializados en cirugía ortopédica pueden, sin desatender su importante misión en el puesto de honor, seguir la cura consecutiva de sus heridos en el Centro de retaguardia.

Las necesidades de este gran Centro o Centros de recuperación de los heridos de los miembros son algo más complicadas que las de los Centros de convalecencia y observación. Se trata, en primer lugar, de hospitalizar juntos miles de heridos y los edificios que se habiliten deben tener la capacidad que para ello es necesaria. Tales Centros deben contar además con numerosas instalaciones centrales; quirófanos, departamentos para escayolados, radiodiagnóstico, fisioterapia, gimnasio, pista de ejercicio, etcétera, que aumentan todavía más la envergadura del establecimiento. Pero esto no parece pueda ser una dificultad insuperable, pues en Levante hay seguramente construcciones y edificios perfectamente adaptables a tal labor con muy poco gasto.

## **2.º La asistencia a los inválidos.**

Los veinte años transcurridos después de la Gran Guerra han ido oscureciendo implacablemente el prestigio de la palabra «reeducación» y han visto cerrar uno tras otro los Institutos de Reeducación que la Gran Guerra creó. Por la reeducación se trataba de devolver al inválido a la vida de trabajo adiestrándole, en los Institutos, en ocupaciones compatibles con su incapacidad. Lo malo era que para dar una eficacia real a este trabajo necesitaba enfrentarse al inválido con la lucha por la vida, necesitaba encontrársele una colocación. Y ya sabemos las dificultades que había para ello en los años pasados, los ominosos años del paro forzoso.

El inválido —ya físicamente un poco «medio ser»— no podía ser nunca profesionalmente más que un mediano obrero en el oficio que se le hubiera enseñado en el Instituto. En estas condiciones teníamos que formar en la cola, siempre muy larga, de los nuevos compañeros de oficio que solicitaban trabajo sin encontrarlo o bien había de concedérsele al inválido una preferencia sobre los parados sanos, íntegros físicamente y mucho más aptos que él, por necesidad, para la práctica de la profesión.

Esto daba lugar a tristes pugnas entre sanos e inválidos que en definitiva lanzaban a éstos por el camino de la protesta malhumorada y del parasitismo. «Si el Estado nos ha reeducado, el Estado debe colocarnos», decían los inválidos de todos los países cuando al salir de los Institutos de reeducación se encontraban cerradas las puertas de los talleres. Y así todas las naciones que padecieron la Gran Guerra padecen todavía del asedio de todos los inválidos que la guerra dejó y contra los gobiernos se alzan iracundos a cada paso bosques de bastones y muletas. A costa de grandes trabajos y dispendios dichas naciones habían adiestrado a sus inválidos en la zapatería, la mecánica, la cestería o la encuadernación. Pero a la postre el número de los que ganaban su vida en estas profesiones es insignificante. Y la gran mayoría han olvidado todo lo aprendido para no ser más que sempiternos aspirantes a burócratas o a simples ventosas del Estado, es decir, las más lamentables categorías del ciudadano.

¿En qué condiciones sociales se moverán en el futuro nuestros inválidos? No lo sabemos. No sabemos si el crearles nuevas aptitudes mediante la reeducación les hará de nuevo útiles a su país o si por el contrario les producirá nuevas amarguras y desengaños. Lo que sí sabemos es que desde ahora mismo les debemos las máximas atenciones y estamos obligados a rodearles de todo lo que pueda hacer su vida más placentera. Para esto es preciso darles los más espléndidos subsidios y las mayores facilidades para alimentación y alojamiento si lo precisan. Pero más que con esto les favoreceríamos y realzaremos su moral devolviéndoles a sus pueblos natales, donde les espera la atmósfera más cordial y el coro de convecinos admiradores de sus hazañas.

Ninguna labor política y de exaltación de valores heroicos puede compararse a la que hace el bravo cazatanques que perdió en la refriega su mano derecha cuando rememora sus hazañas entre los camaradas de su barrio o de su pueblo. Nada puede serles más grato a los mutilados que sentirse investidos de esta misión de proselitistas y de fermentos activos del alma popular en todos los ámbitos del país. Luego, en la paz fecunda, habrá de verse cuál de los aspectos de la construcción se adapta mejor a la colaboración de los inválidos. Ahora, de momento, lo que interesa es tratarles óptimamente en todos sentidos y situarles donde más gusto han de estar: entre los suyos, no en un taller haciendo trabajosamente zapatos o géneros de punto.

Tratar bien al inválido equivale médicamente a proveerle de prótesis, pero esto no puede hacerse como hasta ahora de una manera esporádica y extraoficial, es decir, encargándose de la adquisición de las piernas y bra-

zos artificiales los amigos del mutilado o las organizaciones. Es el Estado quien está obligado a proporcionar estas prótesis a todos, absolutamente a todos los mutilados que las necesiten. Y debe proporcionárselas en el momento mismo en que las precisen, lo más perfectas posible y adaptadas en condiciones óptimas.

Para ello es preciso que todo mutilado pase, así que tenga cerradas sus heridas, por una Comisión de técnicos, lo más reducida posible, donde se le estudie y determine si está en sazón para ser protetizado y, en caso afirmativo, cuál es el tipo de prótesis, que le conviene. Previsto así en su caso de una hoja de pedido, de prótesis, el mutilado pasa a los talleres que han de encargarse de construirla. Terminada esta construcción vuelve nuevamente a la comisión técnica para que ésta dé el visto bueno a la pierna o brazo artificial y aconseje al mutilado sobre su uso. La construcción de estos aparatos conviene que esté asimismo centralizada, es decir, que sea un sólo taller o fábrica el que las proporcione al Estado. No conviene en cambio que sea el mismo Estado quien se encargue de la construcción. Todos tenemos, de momento, un santo horror en convertir obreros finos en funcionarios, y a este grave peligro se expondrían los que trabajasen en los talleres de ortopedia si éstos dependían directamente del Estado.

Alguna vez convendrá hacer en los mutilados operaciones que permitan sacar un más amplio rendimiento de los muñones. Cuando la comisión asesora aprobese esta conveniencia, el mutilado pasaría al hospital ortopédico para ser objeto de las operaciones en cuestión. Pero fuera de esto, repetimos, el mutilado no debe estar nunca hospitalizado, no debe tampoco hacer vida en común con otros mutilados, debe ser un ciudadano de honor que vive donde se le antoja y tiene una personalidad plena.

Una excepción —de poca monta, afortunadamente— a esta norma la constituyen los grandes inválidos; ciegos, baldados absolutamente incapaces de moverse, privados de la mente. Los que de éstos no se alojen en instituciones especiales —para ciegos, para dementes—, deberán alojarse en hogares especiales pequeños y confortablemente dotados. Pero, repetimos, este grupo de víctimas, no puede ser numeroso y nunca constituiría de por sí problema alguno. Al menos no lo constituyó en los países que padecieron la Gran Guerra.