

Psiquiatria de guerra

pel Dr. Santiago Montserrat

Cap del Servei Psiquiàtric de Lleida

(Clínica Militar n.º 1)

Antecedents. De l'octubre de 1936 fins ara ens hem dedicat ininterrompudament a Psiquiatria de Guerra: Primer a Bujaraloz, on fórem destinats per l'antic Consell de Sanitat de Guerra amb l'encàrrec d'organitzar els Serveis Psiquiàtrics d'aquell sector, i a Lleida després, on hem organitzat la Clínica Psiquiàtrica Militar que actualment funciona en la seva plenitud. Ara, després d'haver vist prop del miler de casos, (entre militars i reclutes) dels quals conservem les històries clíniques, creiem que pot ésser d'interès comunicar l'experiència adquirida i per aquest motiuensem resumir-la en una sèrie de treballs que portaran el títol comú que encapçalà aquest primer article.

Abans de començar, ens plau de fer constar la nostra complaença i el nostre agraïment per l'ajut que hem trobat, gairebé sempre, en els medis oficials i en el personal subaltern, la qual cosa ens ha permès de portar a la pràctica tots els nostres projectes.

I. ORGANITZACIO

Bujaraloz. Aproximadament a la mateixa època que nosaltres marxàrem a Bujaraloz, foren destinats altres dos psiquiatres als Sectors N. i S. del front d'Aragó, els quals es varen instal·lar a Barbastro i a Casp respectivament. A la vegada, van ser enviats dos infermers, amb pràctica de l'especialitat, a cada un dels tres centres esmentats.

En aquells temps en què tant les milícies, com la medicina de guerra estaven en període de plena organització, es feia molt difícil de muntar un Servei Psiquiàtric i més encara per no tenir cap pauta que ens servís de precedent. Començàrem per inquirir quins eren els metges del nostre Sector i enviar-los una nota anunciant l'existència en formació d'un dispensari i d'una petita clínica psiquiàtrica que es centralitzà a l'Hospital de Medicina de Bujaraloz, per ésser aquest poble el lloc on confluien tots els serveis sanitaris del sector. Vàrem fer una petita co-

manda de material i medicaments indispensables i seleccionàrem els malalts de l'especialitat entre els existents als hospitals del poble. Així començà a funcionar el Servei, si bé, al principi amb molts pocs casos, car passàvem dos i tres dies sense veure cap malalt. Després, en ritme normalitzat, el nombre de malalts nous que acudien diàriament, entre el dispensari (que retornaven al front després de visitats), i els ingressats a la clínica, era de dos com a terme mig. En conjunt, en uns quatre mesos que va funcionar el Servei, veiérem un centenar de casos dels quals sols conservem la fitxa de cinquanta.

Constituïa un obstacle a la nostra labor el no poder disposar de nombre suficient de llits, ni poder retenir els malalts molt de temps, per haver-nos de subjectar a les normes generals que regien en els hospitals de Bujaraloz que eren petits i d'evacuació. El nombre màxim de llits que tinguérem ocupats fou de 6 a 8, els uns en habitacions de dos i els altres en les sales generals. El temps màxim que reteníem el malalt era d'uns 10 dies. L'altra dificultat era deguda al poc control que teníem sobre els malalts: de Bujaraloz passaven evacuats a Lleida i allí, per no haver-hi clínica especialitzada, quedaven barrejats amb els altres malalts, fent ineficaz la labor de selecció prèviament realitzada. Moltes vegades ens retornaven el malalt, passats uns dies, sense que hagués servit de res enviar-lo a Lleida amb indicacions sobre el cas.

Un altre inconvenient, aquest d'origen més ampli, venia constituït pel fet de reingressar en altres columnes malalts que donàvem de baixa en la nostra per epilèpsia o altres causes. Alguns d'aquests malalts, havien reingressat en les milícies, dues, tres i fins quatre vegades.

Per a corregir en el possible aquests inconvenients i completar la xarxa psiquiàtrica en el Front de l'Est, vàrem simultanejar la labor de Bujaraloz amb la formació, des de mitjans de desembre passat (1936), de la Clínica Psiquiàtrica Militar de Lleida, projectada en la Conferència d'Assistència Psiquiàtrica i d'Higiene Men-

tal reunida a Barcelona a les darreries del mateix any 36.

Lleida. En arribar a Lleida per primera vegada, vàrem trobar habilitada per a Psiquiatria una sala (sala I) amb 6 llits, en l'aleshores Hospital Catalunya (després Militar n.º 2). En aquesta sala quedaven desglossats de la majoria dels malalts psiquiàtrics evacuats, únicament aquells casos que, per llur agitació o marcada incompatibilitat amb els altres, era forçós d'isolar. Per estar feta la sala a base de grans finestres; per estar situada en un segon pis amb perill per a la precipitació a l'exterior; per no posseir serveis higiènics *ad hoc*; per la immediata proximitat amb altres sales els malalts de les quals eren constantment molestats per l'agitació dels mentals, el nostre primer propòsit va ser habilitar un departament apropiat i independent per a aquests malalts.

També vàrem trobar dos infermers especialitzats dels quals ens servírem per a iniciar el nostre treball.

Dues o tres vegades per setmana, aprofitant alguna evacuació de Bujaraloz, anàvem a Lleida a visitar els malalts de l'especialitat i seleccionar als d'altres sales per a reunir-los provisionalment en la sala K (8 llits). Amb el mateix fi, vàrem anunciar l'existència de la Clínica als restants hospitals de Lleida, perquè ens enviessin els malalts de l'especialitat. A la vegada, procuràrem avançar en el possible les obres que es realitzaven en l'actual sala P per a deixar-la habilitada amb la màxima urgència per als malalts psicòtics.

Vàrem reclamar, i ens fou concedit, el trasllat a Lleida d'un practicant, especialitzat en psiquiatria, i utilitzàrem els coneixements d'un altre infermer que servia simultàniament a Bujaraloz i a Lleida i feia d'element d'enllaç. Vàrem establir un servei permanent: infermer de nit infermer de dia i practicant que comença a ordenar les històries clíniques i l'arxiu.

A finals de gener (1937) va quedar a punt la sala P i isolat adequadament els malalts amb psicosis greus. La sala K, adjacent a altres de medicina interna, fou ampliada amb la incorporació de nous llits fins a un conjunt de 16, sense comptar els de la sala P.

En el mes de març la Clínica va assolir un total de 46 llits. En els darrers mesos i donat el gran increment d'ingressos (fig. 1), s'ha ampliat el nombre de llits a 85 i s'han unificat les dependències de la Clínica les quals ocupen sales adjuntes i fàcilment controlables, i així s'ha arribat al que creiem que constitueix una organització definitiva, tant en la seva part estàtica, com en la dinàmica.

Clínica Psiquiàtrica Militar de Lleida. Passarem a descriure l'estat actual de la clínica que és el que aproximadament deu haver de tenir al nostre entendre, qualsevol Servei d'aquest tipus.

Organització estàtica. La Clínica està distribuïda en tres plantes: Planta baixa (sala P), primer pis (sala S), i segon pis (sala Q), (fig. 2).

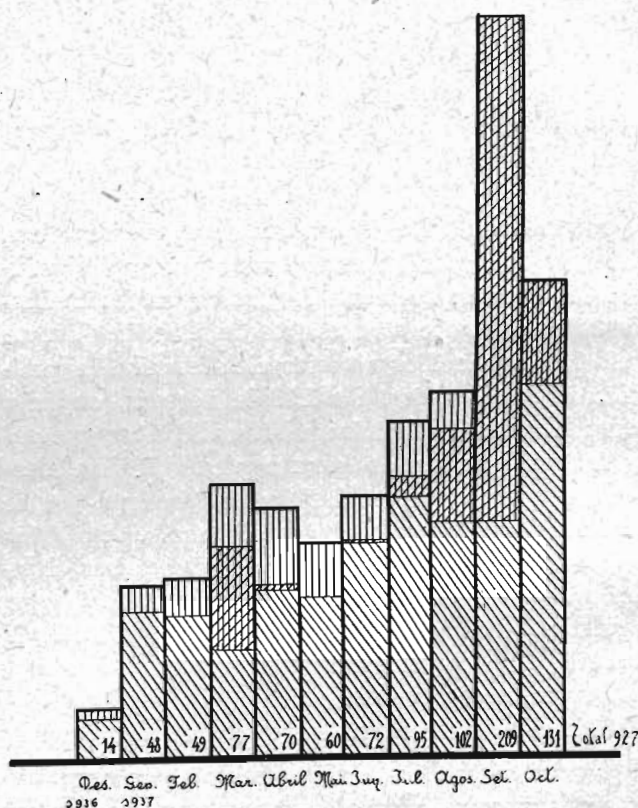
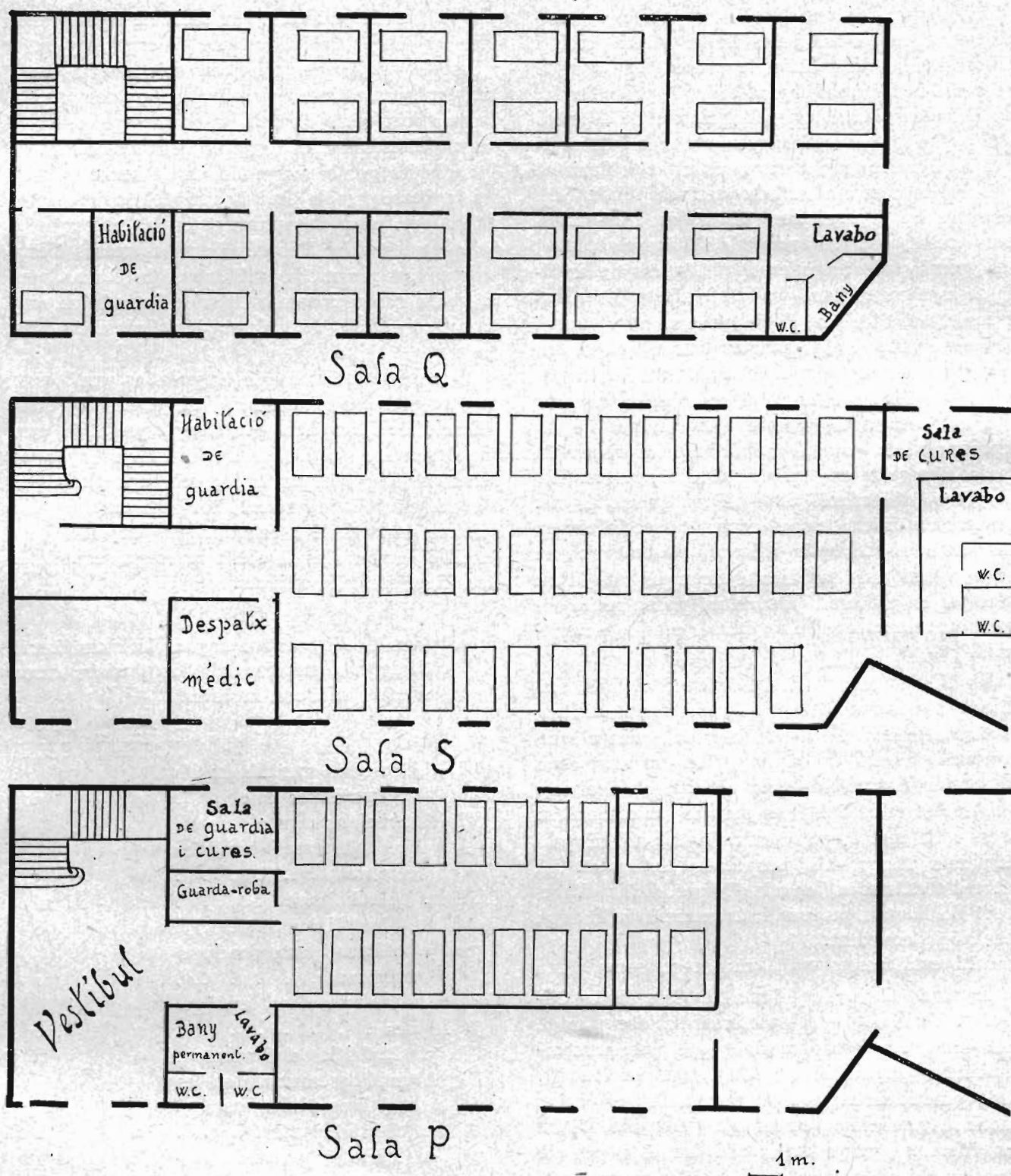


Fig. 1 Ingressos mensuals. El ratllat inclinat correspon als milicians i militars, el vertical a població civil (I); i refugiats, l'enreixat a reclutes

Sala P: Està dividida per un sòlid embà en una sala gran i un altra de petita que comuniquen a través d'una petita porta. En el primer compartiment hi ha 16 llits i està ocupat per malalts amb psicosis greus, reaccions psicopàtiques violents, estats crepusculars, etc. La sala petita està habilitada per a quatre llits i destinada a malalts que requereixen isolament. Normalment sol estar ocupada per un sol pacient o dos. També hi ha en la sala P un compartiment amb dos waters separats, banyera disposada per al bany permanent i un lavabo. Dins de la mateixa sala i sols separada per un embà de mitja altura hi ha una sala de guàrdia i cures i una

(1) Paral·lelament a la psiquiatria de guerra, i tota vegada que la Clínica estava enclavada en un Hospital mixt, també fèrem dispensari i clínica per a la població civil, en connexió amb el Sanatori Mental de Les Avellanets, fins al mes de setembre d'enguany. Segons creiem és la primera vegada que han existit a Lleida, Serveis semblants i ha estat atesa la psiquiatria civil. Així satisfèrem una necessitat que es feia sentir cada vegada més, atès que la població civil de les comarques lleidatanes augmentà considerablement amb els refugiats i quedaren desamparades d'assistència psiquiàtrica les zones d'Osca i Saragossa al nostre poder.



altra d'adjunta destinada a guardar la roba i els objectes dels malalts.

Sala S: Consta d'una gran sala sense embanys, la qual cosa permet una àmplia visualitat al seu dedins. Conté 38 llits i està destinada a l'observació. A ella van destinats els malalts amb atacs nerviosos (epilèptics, histèrics, etc.), els pressumptes simuladors i tots aquells que requereixen ésser observats. Junts en aquesta sala, hi ha en un extrem una petita sala de cures i un departament per als serveis higiènics. En

l'altre extrem, tocant a l'entrada, hi ha dues sales annexes: Una és la de guàrdia i l'altra està destinada a la visita mèdica, sessions electro-psicoteràpiques, arxiu i distribució de malalts.

Sala Q: Consta de 16 departaments, tots els quals estan ocupats per malalts excepte dos: Un destinat a serveis higiènics i l'altre a habitació de guàrdia. El total de llits d'aquesta sala és de 27 i estan ocupats per malalts que requereixen poca observació (psicastènics, neurastènics, etcètera).

Organització dinàmica. En ingressar un malalt se li prenen les dades de la filiació civil i militar, lloc i diagnòstic de procedència i se li encapçala la història afegint-hi la de procedència, cas de venir del Servei Psiquiàtric de Montçó (abans Barbastre) o Sarinyena. Tot seguit se li destina llit segons la seva malaltia i finalitat amb què ingressa. Si se'l destina a la sala P, se'l despulla, se li registren les robes i bagatges (hem trobat ganivets, punyals i fins una bomba) i es guarda tot convenientment. En cas de brutícia se li dona un bany de neteja. Després es fica el malalt al llit i se li fa gràfica, els primers dies com a mínim, registrant pols i temperatura, per a descobrir afeccions febrils concomitants, psicosis infeccioses, etc., Com que en aquesta sala es controla el nombre i la qualitat de les deposicions, la nutrició i la conducta, el malalt queda observat en tots aquests aspectes. Es completa l'observació amb el comunicat de nit que redacta diàriament el corresponent infermer. Els pacients d'aquesta sala no poden sortir-ne sense autorització mèdica i acompanyats d'un infermer en tot cas. Tampoc no poden rebre visites, ni correspondència sense prèvia autorització.

Cas d'ésser destinat un malalt a la sala S, se'l sotmet a observació i vigilància sense allitar-lo. L'observació és molt discreta, encara que constant, donada la qualitat dels malalts, amb variacions individuals per a fer-la més eficaç. Com en les sales P i Q es redacta un comunicat de nit. El malalt pot sortir de la sala al pati veí; més lluny sols pot fer-ho controlat. El pacient destinat a la sala Q pot sortir lliurement de la sala per no ésser necessària la seva observació constant.

nica hi està afecte un altre metge especialista

Personal. Com a ajudant del Cap de la Clí (Dr. J. Gultresa), un practicant titular que té cura de la sala P, un infermer que, pels seus coneixements especialitzats i qualitat de treball, fa de practicant en la sala S, i un altre, en les mateixes condicions, en la sala Q. A més hi ha dos infermers psiquiàtrics que fan el servei de dia i un de nit per a la sala P. En les sales S i Q treballen també infermeres no especialitzades (dues en la sala S i una en la sala Q en el servei de dia i una en cada una d'aquestes sales pel de nit). El practicant i l'infermer assimilat de la sala S, ultra el servei de dia, es reparteixen les guàrdies de nit com a practicants.

Diagnòstic i tractament. Gairebé tots els recursos diagnòstics i terapèutics de l'especialitat estan sistematitzats i funcionen en major o menor escala: els psicotècnics, els psicoteràpics (en les seves diverses formes), quimioterà-

pics (sèries de nucleïtat, essència de trementina, cures opiades, barbitúrics, etc.) i ergoteràpics.

Però el mitjà que majors serveis ens ha presat, tant per a descobrir simulacions com per a diagnosticar certs desenvolupaments psicògens i tractar eficaçment la majoria dels fenòmens influenciables per la suggestió, mitjà sense el qual ens trobaríem molt limitats, són els corrents faràdics aplicats degudament en el seu aspecte dolorós-suggestiu. Després de molts mesos d'emprar aquest recurs, ja utilitzat en la Gran Guerra, hem perfeccionat la tècnica introduint una sèrie de variants per a la major eficàcia en cada cas.

Quant a l'estadística de diagnòstics, en donem una de global a continuació, adaptada a la classificació de Kraepelin per ésser aquesta la que oficialment regeix en els frenocomis d'Espanya, encara que no la considerem gens apropiada per a la psiquiatria de guerra. Més endavant pensem destinar un treball a estadístiques exposades en detall i comentades, i aleshores seguirem altres classificacions més adients.

Estadística de diagnòstics segons la classificació de Kraepelin relativa als 800 primers casos observats (militars, reclutes)

	Bujaraloz	Lleida
I Alteracions mentals en els traumatismes cerebrals .	0	9
II Alteracions mentals en altres processos orgànics cerebrals	0	5
III 1. Alcoholisme	1	16
2. Morfinisme	0	0
3. Altres intoxicacions exògenes	0	2
4. Intoxicacions endògenes	0	0
5. Malalties endocrines .	0	2
IV Alteracions mentals en les malalties infeccioses .	1	13
V 1. Sífilis cerebral	0	1
2. Paràlisi general progressiva	0	2
VI Processos arterioscleròtics i de regressió	0	0
VII Epilèpsia.	8	106
VIII Esquizofrènia	1	20
IX 1. Disposició maniaco-depressiva.	0	6
2. Psicosi maniaco-depressiva	0	3
X Psicopaties (Incloses les personalitats histèriques [neurastèniques, etc.]) .	6	185

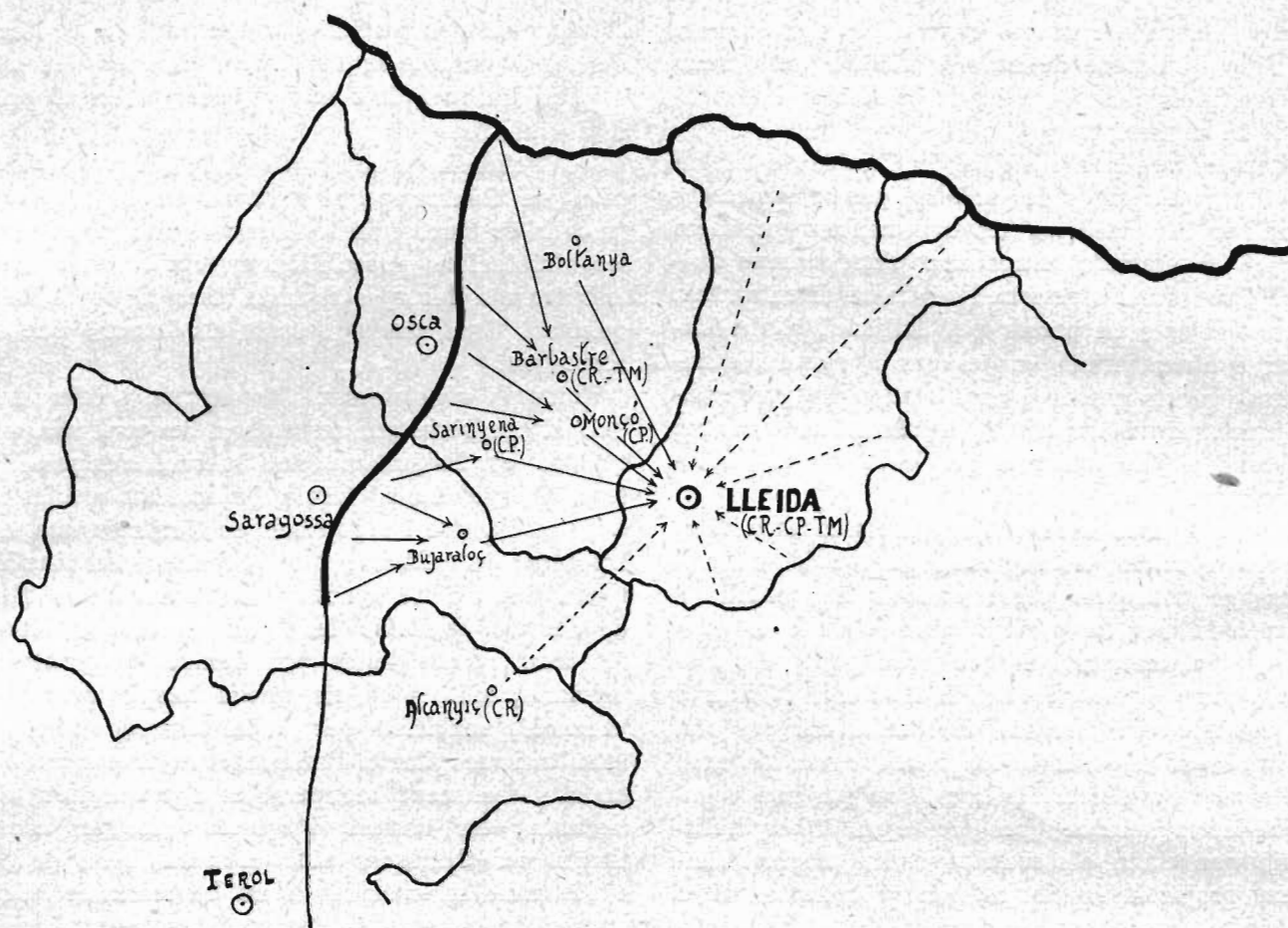


Fig. 3.

Procedència del malalts controlats. C. P. = Clínica Psiquiàtrica. T. M. = Tribunal Medic. C. R. = Caixa de Recluta

	Bujaraloz	Lleida
XI Reaccions psicògenes	18	237
XII Paranoia	0	6
XIII Oligofrènies.	3	127
XIV Casos foscos (1)	6	7
Simuladors	5	27
Casos neurològics	1	26

Evacuacions. Les que ens arriben, individuals i collectives, procedeixen dels diferents llocs assenyalats en la fig. 3. Com es pot veure, directament o indirectament, controlem els malalts de l'especialitat procedents de gairebé tot el front de l'Est. A més, també van a parar a la Clínica de Lleida els reclutes (indicats per ratlles interrompudes) de les comarques lleidatanes i d'Oscà a través dels Tribunals Mèdics Militars i Caixes de Recluta corresponents. També n'han vingut alguns d'Alcanyis.

Els mitjans emprats per a les evacuacions són molt variats però no sempre adequats: Ambulàncies, autovies, trens sanitaris, automòbils, et-

cètera. Alguns, molt pocs, dels malalts evacuats a la Clínica, ho han estat de manera que arribaren amb lesions dels lligams amb què els havien subjectat. Altres, alguns més, intoxicats, per opiacis principalment, que els havien administrat per a calmar-los. També hem rebut bastants malalts orgànics o amb deliris febrils, conceptuats de psicòtics.

Per la nostra banda el problema d'evacuació, després de temptejar diferents procediments, l'hem resolt utilitzant els departaments adjunts al water dels vagons de primera classe, ja que per llur construcció i condicions d'isolament per-

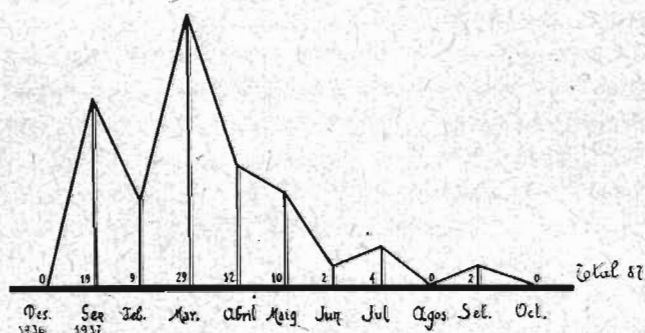


Fig. 4. Malalts evacuats mensualment de la Clínica a altres serveis psiquiàtrics

(1) Proporcionalment és major el nombre de casos dubtosos a Bujaraloz per no haver pogut fer l'observació degudament.

meten, sense preparació especial, poder evacuar qualsevol nombre de malalts, àdhuc amb treps ordinaris, amb el mínim de molèsties i el màxim de seguretat.

Com es veu per la fig. 4, la Clínica de Lleida resol tots els casos de malalts que se li presenten, per la qual cosa les evacuacions que hem fet en els darrers temps són pràcticament nul·les. Uns malalts retornen al front directament, altres després de passar pel Tribunal Mèdic Militar i ésser fallats «aptes per a serveis auxiliars» i altres passen a casa seva o a algun establiment psiquiàtric civil després d'haver perdut la condició de militars per haver estat fallats «inútils totals».

Ens obligaren a resoldre tots els casos a Lleida, entre altres, les següents raons: les dificultats que trobàvem per a encabir els malalts a Barcelona per la plèthora d'hospitals i establiments psiquiàtrics; el que gran part dels malalts procedeixen del Tribunal Mèdic Militar i de la Caixa de Recluta de Lleida, car ens són enviats per a observar-los i reintegrar-los amb la màxima urgència als llocs d'origen una vegada redactat informe; pel poc temps d'hospitalització que estan els malalts en la Clínica. Havíem projectat fa temps, per a cedir espai a l'hospital, proposar el trasllat del gros de la Clínica en alguna població propera a Lleida i més especialment al Sanatori de Les Avellanes. Els inconvenients de duplicitat de Servei, car és imprescindible l'existència a Lleida d'almenys un petit departament psiquiàtric militar d'urgència i classificació; les dificultats d'evacuació diària del lloc on s'installés la Clínica a Lleida, car actualment hi ha de 3 a 7 ingressos diaris amb les corresponents altes que caldria traslladar; la necessitat de col·laboració amb altres especialistes (oftalmòleg, odontòleg, etc.), ens feren desistir de proposar el trasllat. Per altra banda, som contraris a establir una Clínica de Psiquiatria de Guerra en un establiment psiquiàtric tancat, ja que per ésser la majoria dels malalts més assimilables als hospitals que als de manicomi, protesten i creen conflictes com hem tingut ocasió de veure en la pràctica.

Tampoc no som partidaris de l'existència de llocs de repòs complementaris per les raons econòmiques i d'ineficàcia que exposarem en el pròxim treball.

De l'eficàcia pràctica de la Clínica Psiquiàtrica de Guerra pensem parlar-ne en ulteriors treballs en tractar de les neurosis de guerra i de les simulacions especialment. Així, potser contribuirem a fer que aquesta branca de la Psiquiatria sigui tractada amb els honors que li correspon.

Resum i conclusions. En aquest primer treball, d'una sèrie que resumiran l'experiència adquirida en Psiquiatria de Guerra, s'exposa la tasca d'organització feta a Bujaraloz i a Lleida. Convindria que s'organitzés en l'exèrcit una estructura psiquiàtrica que treballés coordinadament. Hauria de constar de diversos triangles de Serveis parcials: les bases, a uns 40 Kms. del front, constituïdes per Centres Psiquiàtrics primaris, situats en els nuclis hospitalaris d'evacuació, servirien per a la classificació dels malalts i recopilació d'antecedents, tractarien els malalts fàcilment recuperables i evacuarien els restants; els vèrtexs d'aquests triangles constituïts per Clínicas amb cabuda global de 80 a 100 malalts, situades a un centenar de kilòmetres del front i en agrupacions hospitalàries actuant en col·laboració amb Tribunals Mèdics Militars i Centres de Reclutament. Aquestes Clínicas han de resoldre tots els casos de l'especialitat i eventualment els neurològics. La millor organització és la que correspon a la distribució dels malalts en tres sales: Una, la veritable Clínica Psiquiàtrica amb cel·les d'isolament, sala gran, habitació amb bany permanent, etc.; la segona, de gran cabuda i àmplia visualitat destinada a observació (suposades simulacions, atacs, etc.); la tercera amb habitacions petites per a malalts que necessiten poca observació i tranquil·litat en l'ambient. Aquesta organització psiquiàtrica funciona amb bons resultats en el triangle que abasta dels Pirineus a més avall de l'Ebre i té per vèrtex Lleida, el funcionament detallat de la Clínica Psiquiàtrica Militar del qual es descriu en el present treball.