

Los médicos y la guerra de Cuba (1895-1898)

B. de Esteban Marfil

En Febrero de 1895 estalló la insurrección independentista en la Isla de Cuba.

Para sofocar esta rebelión fue enviado a Cuba el general D. Arsenio Martínez Campos, llamado «el pacificador», pues había logrado con la Paz de Zanjón poner fin a la guerra que entre los años 1868 y 1878 se había desarrollado en la Isla.

La rebelión se extendió rápidamente por los campos cubanos desde la región más Oriental de la Isla, gracias a un audaz plan denominado la «invasión de Occidente», que culminó con la llegada de las tropas del cabecilla Antonio Maceo hasta el punto más Occidental de la Isla, Mantua, en enero de 1896. Arsenio Martínez Campos pidió ser relevado y su sucesor fue el general D. Valeriano Weyler, que se caracterizó por extremar la dureza de la guerra para vencer a los insurrectos; pero su impopularidad, las presiones de los EE.UU. y el asesinato de Cánovas del Castillo precipitaron su sustitución por el general Ramón Blanco Erenas, que a pesar de un tardío estatuto de autonomía para la Isla y suavizar la postura bélica no pudo evitar la intervención de los EE.UU. en la guerra tras la voladura casual del Maine (1).

Con el firme propósito de vencer por las armas la insurrección en Cuba, fueron enviados a esta Isla aproximadamente unos 220.000 hombres entre los años 1895 a 1898; éste era, por tanto, el mayor ejército colo-

nia que hasta el momento se había movilizad para una campaña transoceánica (2). La guerra de Cuba fue una campaña militar de una extremada dureza, alcanzándose durante la misma unas elevadas cifras de morbilidad y mortalidad entre las tropas españolas. Los médicos adquirirían a lo largo de esta guerra un gran protagonismo, ya que hubieron de hacerse cargo de una abrumadora tarea sanitaria. De auténtica «guerra sanitaria», la calificó uno de los médicos allí presentes.

Médicos para Cuba

El Cuerpo Sanidad Militar se hizo cargo de la atención sanitaria de las tropas españolas que partían hacia Ultramar; el ingreso en este Cuerpo se llevaba a cabo mediante oposición anual, entrando unos veinte médicos cada año. No pudiendo presentarse los que sobrepasaran los 30 años de edad (3).

La dureza de la campaña motivó el envío continuo de batallones a la Isla; cada batallón partía con uno o dos médicos militares en su plana mayor, y otros médicos militares fueron destinados a la Isla para la atención de los hospitales. Pero las provisiones sanitarias se vieron desbordadas bien pronto, lo cual hizo que para atender sanitariamente a las tropas españolas en Cuba se arbitraran medidas.

Palabras clave: Protagonismo de los médicos en la guerra de Cuba. Patología infecciosa. Hospitales en Cuba.

Fecha de recepción: Mayo 2001.

Seminario Médico

Año 2001. Volumen 53, Número Especial. Págs. 64-75

Para aumentar el número de médicos militares se convocaron mayor número de oposiciones, se concedió prórroga de edad hasta los 42 años, con la condición de marchar a Cuba al aprobar y se celebraron oposiciones especiales para Cuba (4).

A pesar de esto no resultaba suficiente el número de médicos para atender a las tropas españolas en Cuba, y además en 1896 estalló la revuelta tagala en Filipinas, por lo que las dos terceras partes de la plantilla médica del Cuerpo de Sanidad Militar estaba en Ultramar, en Cuba o Filipinas. De manera que una de las decisiones más importantes que se tomaron para paliar la escasez de personal médico, no sólo en Ultramar sino también en la Península, fue la reaparición de la figura del médico provisional de Sanidad Militar. Estos eran médicos civiles que ingresaban en Sanidad Militar sin mediar oposición y sólo por un tiempo determinado, pudiendo solicitar prestar sus servicios en la Península o marchar voluntariamente a Cuba, Puerto Rico o Filipinas. Se asimilaban a teniente segundo y recibían un sueldo de dos mil pesetas mensuales o mil doscientos pesos en Cuba (5).

A pesar de las medidas citadas, la necesidad de personal médico durante la guerra de Cuba fue siempre apremiante, pues las enfermedades endémicas del país se desarrollaban con rapidez en las tropas enviadas desde la Península, y los médicos militares, profesionales y provisionales, no podían materialmente ocuparse de todas las necesidades del Ejército Expedicionario de Cuba: atender los hospitales y enfermerías, a los destacamentos o batallones, y a las columnas en operaciones militares. Por este motivo se solicitó la ayuda de los médicos civiles cubanos, a los cuales se les denominó «médicos auxiliares». Éstos prestaron sus servicios en clínicas y hospitales militares, en los lugares donde no se dispusiera de médicos militares o estos fueran insuficientes.

Entre los años 1895 a 1898 el número de médicos militares profesionales que estuvieron en la Isla de Cuba fue de 497 (6).

La respuesta para ejercer como médicos provisionales de Sanidad Militar fue masiva, presentándose 306 médicos, de los cuales 81 solicitaron voluntariamente pasar a Cuba, 26 a Filipinas, y 3 a Puerto Rico, quedando el resto en la Península.

Mientras, fueron unos 150 los médicos cubanos que en calidad de médicos auxiliares de Sanidad Militar llevaron a cabo labor asistencial en las enfermerías y hospitales militares de Cuba (7).

Para hacernos una idea del número de médicos que atendían al Ejército español durante un año concreto, podemos ver por ejemplo cómo en 1898 el Ejército contaba en Cuba con 374 médicos militares profesionales, 40 médicos militares provisionales, y 80 médicos civiles cubanos auxiliares, haciendo un total de 494 médicos. Durante 1896 y 1897 fueron alrededor de 450 los médicos que se hicieron cargo de la sanidad y salud del Ejército.

La guerra, el clima y las enfermedades año tras año

1. *las enfermedades infecciosas*

Al analizar los datos sobre las bajas sufridas por el Ejército Español, llama la atención cómo fueron las enfermedades, fundamentalmente infecto-contagiosas, las que diezmaron el Ejército. Así, por ejemplo, una publicación de la época afirmaba:

No son los mambises el enemigo principal ni el más temible de los que en Cuba acechan nuestras tropas. Si las partidas rebeldes fueran la única plaga de aquella tierra, bien podríamos asegurar que la campaña sería para los soldados españoles tan inofensiva como un paseo militar. Pero las enfermedades endémicas de la Isla, el vómito, la fiebre, las enfermedades de aclimatación, unidas a las naturales fatigas de marchas y contramarchas por terrenos pantanosos e inhóspitos, son las causantes principales de las bajas de nuestro ejército... (9).

Pero para comprender bien el impacto de las enfermedades que afectaron a los sol-

dados españoles hay que situarse en el contexto epidemiológico de la época.

A pesar de los importantes avances que había habido en el último cuarto del siglo XIX en el conocimiento de muchas enfermedades infecto-contagiosas, algunas continuaban presentando una etiología o un modo de transmisión desconocidos como es el caso de las dos principales enfermedades que afectaron a los soldados españoles en aquella guerra: el paludismo y la fiebre amarilla.

a) *El paludismo:*

El paludismo o malaria es una enfermedad endémica en América, África y Asia, y también lo era en países de clima cálido y templado de Europa.

El investigador Laveran demostró en 1880 que un protozoo, el *plasmodium malariae*, era el agente productor del paludismo, y aunque se había valorado la posibilidad de un insecto vector, el mosquito, no fue hasta los trabajos de Ronald Ross y Grassi cuando se demostró que el mosquito *Anopheles* era el responsable de su vehiculización y transmisión de la enfermedad al ser humano.

Así que nos encontramos que durante los años de la guerra se aceptaba oficialmente que: «*La infección palustre está determinada por un germen exógeno, (hematozoario) es ubicuitaria y susceptible de revestir múltiples formas clínicas. Para manifestar su acción el germen malárico necesita sólo condiciones telúricas y de receptividad morbosa*» (10). Las condiciones telúricas mencionadas hacían especial referencia a terrenos con abundantes materiales orgánicos, zonas pantanosas o encharcadas y temperatura elevada.

Esta enfermedad era endémica en Cuba y fue responsable en gran medida de la pérdida de operatividad del Ejército, ya que afectó a la mayor parte de los soldados españoles. En el año 1896 hay recogidos 34.014 casos de enfermos de paludismo, y en el año 1897 fueron afectados 157.336 hombres, de un total de 200.000 soldados que había aquel año en la Isla, es decir el 80% de los hombres estaban afectados por esta enfermedad, que si bien es cierto que presentaba

una mortalidad baja, incapacitaba en gran medida a los hombres para la lucha por su cuadro clínico y sus recurrencias que obligaban a los soldados a ingresar en los hospitales reiteradas veces (11).

El tratamiento se realizaba con sulfato básico de quinina, u otras sales de quinina como el sulfato neutro, el bromuro, o el valeraniato. Se enviaron a la Isla grandes remesas de estos medicamentos que se usaron incluso profilácticamente entre las tropas.

b) *Fiebre amarilla:*

A finales del siglo XIX aún no se había logrado identificar en la sangre ni en los tejidos de los enfermos al agente causal de esta enigmática y grave enfermedad, ni su modo de contagio. Era endémica en África, América del Sur y en Centro América.

En 1853 Beaperthuy manifestó que un mosquito podía ser el transmisor de la fiebre amarilla; pero fue un médico cubano, Carlos J. Finlay, el que más avanzó en esta enfermedad. Presentó en 1881 un trabajo científico titulado: «*El mosquito considerado hipotéticamente como agente transmisor de la fiebre amarilla*» (12).

Su teoría, desgraciadamente, no fue aceptada; hasta que una comisión norteamericana la probó y concluyó en 1901 que efectivamente el mosquito era el huésped intermediario de la enfermedad, transmitiendo un microorganismo de persona a persona a través de su picadura, habiéndose aislado en la sangre humana al organismo responsable, que era un virus filtrable.

La importancia de esta enfermedad endémica en aquella época en la Isla de Cuba, producida por un mosquito, el *Aedes Aegypti*, radica no sólo en la intensidad del cuadro clínico que provocaba, con fiebre elevada, cefalea, ictericia, gran postración y vómitos de sangre negra y coagulada, por lo que se la llamó también el «vómito negro» o simplemente el «vómito», sino en que no existía ningún tratamiento curativo, que había de basarse tan sólo en medidas de sostén, y en que producía una alta mortalidad en los enfermos, entre el 15 y el 60% de los afectados según la virulencia del brote. Eso

sí, una vez curado de esta enfermedad se producía una inmunidad permanente. Durante la guerra de Cuba se aceptaba que la fiebre amarilla era una enfermedad infecciosa, y que «cualquiera que sea el origen y caracteres del germen, puede aseverarse: 1.º. Que evoluciona, se desarrolla y multiplica en el organismo infectando sus productos de excreción y exhalación, y 2.º. Que por el intermedio de estos productos se contaminan los medios que rodean al enfermo, dando origen a los focos de infección» (13).

De ahí, la importancia que se dio durante toda la campaña al adecuado aislamiento de estos enfermos.

2. La aclimatación

Durante el siglo XIX se concedió gran importancia a la influencia que las condiciones meteorológicas y climáticas de distintas regiones o países podían ejercer sobre la salud y en el desarrollo de ciertas enfermedades en los individuos. Esto se hizo mucho más patente en países del Caribe como Puerto Rico, Santo Domingo o Cuba, en los que se observaba una estrecha relación entre las condiciones climáticas estacionales y determinadas enfermedades, concretamente por el gran incremento de paludismo y de fiebre amarilla que se producía habitualmente en el período de las lluvias tropicales (desde abril a octubre) y preferentemente en zonas costeras o lacustres (14).

Existía asimismo la experiencia de que aquellos sujetos recién llegados eran más susceptibles al desarrollo de estas enfermedades.

Por ello al inicio de la guerra se consideró la conveniencia de que a Cuba fuesen fuerzas organizadas y aclimatadas, como las guarniciones de Puerto Rico o Canarias.

Se ordenó que, a no ser por necesidad imperiosa de la guerra, no se embarcasen tropas desde la Península a Cuba desde el 1º de Junio hasta el 30 de noviembre, a fin de atenuar los efectos de la fiebre amarilla en las tropas recién llegadas.

Fueron, asimismo, aprobadas por el mando sanitario español en Cuba determinadas

instrucciones higiénicas relativas al alojamiento de las tropas en lugares altos, lejos de la costa y de aguas estancadas, limpieza y desinfección de los locales que hubieran alojado enfermos de fiebre amarilla, higiene y aseo personal, etc.

A pesar de todas estas recomendaciones los médicos militares reconocían que: «La manifestación del proceso patológico (fiebre amarilla) no se deriva de condiciones climatológicas ni meteorológicas (causas coadyuvantes) sino de la infección por el germen; por esta razón la verdadera profilaxis consiste en preservar al individuo de su acción en los límites de la posibilidad» (15).

3. Vestuario y uniformidad

El vestuario de las tropas españolas en La Gran Antilla intentaba amoldarse a las condiciones climáticas de la Isla. Los soldados vestían el traje de rayadillo, compuesto de pantalón y guayabera de algodón e hilo. Algunos oficiales en vez de usar el rayadillo usaban trajes de drill crudo. Todos ellos cumplían bien la función de ser frescos y favorecer la transpiración durante las marchas, pero eran excesivamente livianos por la noche y se calaban rápidamente con los frecuentes aguaceros.

Los soldados llevaban en campaña una manta terciada alrededor del cuerpo, a veces hules impermeables para la lluvia y la consabida hamaca para dormir.

Una pieza fundamental era el sombrero, todos los soldados y oficiales llevaban uno de ala ancha para proteger bien del sol. Los más usuales eran fabricados con fibras de palmeras locales, pero el más apreciado era el del «jipijapa». Algunos oficiales adoptaron para esta campaña la gorra de plato de tela blanca con visera de charol.

El calzado más habitual del soldado durante la guerra fue la sufrida alpargata.

Además, los soldados debían llevar el correaje con sus cartucheras y el nuevo fusil Maüser con su bayoneta, aunque algunos todavía iban provistos del Remington.

Todos, soldados y oficiales, llevaban un paquete de curación individual o de primeros

auxilios, medida generalizada en todos los ejércitos de la época.

4. Heridas por arma de fuego

La campaña militar de Cuba no fue rica en grandes combates o batallas, a excepción de los habidos en el año 1898 cuando los EE.UU entraron en el conflicto.

Las columnas y convoyes españoles eran sometidos a continuas emboscadas. Se presentan así multitud de pequeños combates en los que iban produciéndose bajas españolas y un continuo desgaste físico y psicológico de las tropas.

Los médicos de las columnas hubieron de atender a los soldados heridos en primera línea de fuego, tal como refleja el siguiente texto:

«El médico segundo, D. Sebastián Foxá, aparecía en medio de aquel estruendo de las armas y de aquellos horrores del plomo enemigo, tranquilo, como si asistiese a una cátedra de cirugía, entablillando piernas, haciendo suturas y manejando a la vez con mano experta un sin número de niquelados instrumentos, que los últimos destellos de sol herían de un modo que hacía daño» (16).

Los proyectiles que los médicos encontraban eran muy variados; los del Remington antiguo fueron los extraídos con mayor frecuencia, eran de forma cilindro-ojival, de 11, 10 y 9 mm, y se encontraban casi siempre deformados o separados en trozos, originando heridas anfractuosas, con varios trayectos, quedando con frecuencia alojados en los tejidos. Los proyectiles del Remington reformado iban cubiertos con una envoltura de latón, pero a veces podían perderla y dar los mismos efectos referidos (17). A medida que la guerra avanzaba y los «insurrectos» conseguían mejor y más armamento, aumentaron las heridas por armas de fuego de repetición, especialmente del fusil Winchester, y del Maüser utilizado por el Ejército español.

La bala del fusil Maüser era de pequeño calibre, 7 mm, realizada de un metal más duro, por lo que no solía deformarse, y atravesaba los tejidos con mayor facilidad. Esto ori-

ginaba heridas más limpias y menos traumáticas, con un pequeño orificio de entrada y de salida, ya que rara vez quedaban alojadas en el interior, y si lo hacían tenían menos tendencia a originar infecciones (18).

Uno de los problemas de la herida de bala lo constituían también los cuerpos extraños, tales como trozos de tela, botones, papel, etc., que el proyectil arrastraba a su paso y que alojados en el interior del cuerpo eran frecuente causa de infecciones. Parece ser que los insurrectos usaron también balas explosivas, de devastadores efectos (19).

5. Heridas por arma blanca

Las heridas producidas por arma blanca se debieron fundamentalmente al machete cubano, que los guajiros usaban como instrumento de trabajo, para abrirse paso en la tupida manigua, y sobre todo en el corte de la caña de azúcar durante la zafra.

El ejército mambí lo usó con profusión debido a la facilidad de adquirir este arma; usándose tres tipos de machetes: el de trabajo, de media cinta y el camagüeyano.

Las heridas provocadas por este arma eran rectas o ligeramente curvas, y presentaban bordes regulares y limpios sin signos de contusión o magullamiento, produciendo en ocasiones una separación de los bordes de la herida muy acentuada.

El dolor inicial producido por los tajos del machete era escaso, para aparecer después una viva sensación de dolor o quemazón hasta que se realizaba la primera cura.

Las hemorragias provocadas por los cortes del machete solían ser muy profundas y difíciles de cohibir, habiendo de recurrir los médicos con frecuencia a la ligadura de las arterias o arteriolas seccionadas a fin de detener el sangrado.

El pronóstico de estas heridas se hallaba subordinado a la extensión de la herida y a la importancia de los órganos que afectase, pero siempre resultaba más benigno que el de otra cualquier afección de tipo traumático; cicatrizando con relativa facilidad y prontitud por extensas que fuesen (20).

De cualquier modo el número de heridos por machete fue bastante exiguo ya que tal como afirma el Dr. Baeza:

Sorprenderá quizás esta exigua proporción de heridos de machete, cuando tanto se ha hablado y exagerado de esta «temible arma» de los insurrectos. Nosotros que hemos operado con las columnas, en las dos guerras de Cuba, sabemos que los insurrectos cargaban muy pocas veces al arma blanca contra nuestras tropas, y si lo han hecho, ha sido únicamente cuando su número era muy superior al nuestro (21).

Las columnas de operaciones

La guerra de Cuba tuvo desde sus inicios unas características peculiares, una de éstas fue el dominio y libertad de movimientos de que gozaron los «insurrectos» en el campo y la manigua, mientras que las fuerzas españolas dominaban los núcleos de población. Esta circunstancia, unida al hecho de tener que combatir a un enemigo en continuo movimiento, obligó al Ejército Español a la organización de unidades tácticas conocidas como «columnas» de operaciones, que persiguieron sin descanso a las partidas insurgentes, adentrándose para ello en los campos cubanos.

La formación de estas columnas era en muchas ocasiones apresurada y fruto de las contingencias y necesidades de la campaña. Solían contar con la presencia de uno o dos médicos, según las circunstancias y disponibilidad, para una fuerza que solía oscilar entre los mil y mil quinientos hombres. Cada compañía (un batallón tenía seis compañías de unos 170 hombres cada una) contaba con dos enfermeros (que en 1898 aumentaron hasta cuatro), y de dos a cuatro camilleros por enfermero.

La marcha de la columna se iniciaba al rayar el alba, en cabeza iban los exploradores así como grupos de veteranos de infantería a caballo, «las guerrillas», que yendo en vanguardia, flancos y retaguardia vigilaban para evitar emboscadas. Si había caballería solía ir en vanguardia, seguidamente a caballo iban los oficiales al mando del batallón y tras ellos las compañías de in-

fantería, hileras dobles de quintos con su traje de rayadillo azulado, a continuación venían la artillería, carretas con provisiones, municiones y con el botiquín y ambulancia del batallón, seguidos de la retaguardia formada por otras compañías de infantería (22). Cuando no era posible llevar carruajes, lo cual era habitual por la pésima situación de los caminos, sobre todo en la época de lluvias, toda la impedimenta debía ser llevada a lomos de reatas de mulos o caballos.

Las marchas solían ser largas y agotadoras, a través de un territorio hostil, con frecuentes tiroteos aislados, todo ello agravado en la estación húmeda por las constantes lluvias y por el sofocante calor todo el año. Por término medio una columna avanzaba unos 25 Km o más al día, manteniendo este ritmo durante semanas. Se realizaban paradas para descansar aproximadamente cada hora, en el tercer descanso se comía la «tajada», y el cuarto descanso, sobre las doce del medio día, era el alto central, momento en que se preparaba el primer rancho; este descanso duraba varias horas, a fin de no exponerse a las horas de mayor calor. Por la tarde se reiniciaba la marcha y antes de anochecer había que acampar y preparar el segundo rancho (23).

Era precisamente en los altos de descanso durante las marchas y especialmente en los altos para acampar cuando los individuos aquejados por alguna patología se presentaban al médico. Si durante el movimiento de la columna algún hombre enfermaba repentinamente sería transportado inmediatamente por los camilleros de su compañía a presencia del médico o se personaría este mismo para atender al enfermo (24).

Los médicos se encargaban también de supervisar la alimentación de la tropa, los lugares de acampada, preferentemente a la sombra o bajo techado, vigilar la idoneidad de las aguas y hacer las recomendaciones precisas: no comer nada que les ofrecieran los guajiros, no tomar frutos salvajes, colocar hojas de higuera o paños por dentro del sombrero para proteger del sol, no arrancarse ellos mismos las niguas, etc... (25).

Si durante la marcha algún hombre presentaba síntomas sugestivos del temible «vómito», era inmediatamente aislado con su equipo y armamento, colocándose a la retaguardia del batallón. Si algún soldado presentaba un acceso palúdico no era aislado; de hecho muchos soldados y oficiales se mantuvieron en sus puestos en pleno acceso, pero evidentemente los que sufrieran las primeras veces los paroxismos palúdicos con su álgida sintomatología se verían obligados a pasar a la ambulancia del batallón. El problema estribaba en que la mayoría de las veces no había ningún carro donde llevar a estos enfermos febriles, que debían de ir a veces días y días sobre alguna cabalgadura o en el mejor de los casos ser transportados en camillas por sus compañeros, recibiendo como mejor tratamiento las sales de quinina, curativas y profilácticas en el paludismo y mero febrífugo en la fiebre amarilla. Se les intentaba dar una alimentación más reparadora, caldo de pollo y vino de quina. A la noche se improvisaba una enfermería con techo de guano o palma, colocándose a los enfermos de fiebre amarilla en un bohío a diez metros, al menos, del vivac (26).

Sólo quedaba, tras días de marcha, llegar a algún poblado donde dejar a todos aquellos enfermos que no pudiesen seguir a la columna; muchas veces no había ninguna enfermería u hospital militar en estos pueblos, por lo que con más buena voluntad que medios muchos médicos cubanos hubieron de atender a los soldados enfermos.

Todo esto venía a complicarse aún más cuando la columna sufría algún ataque repentino, tal y como relata el capitán médico Carlos Velasco: «...como a eso de las dos de la tarde empezamos a tener algunos tiros y hasta las cinco y siempre siguiendo el rastro no se generalizó el combate. En magníficas posiciones nos esperaban las partidas de Máximo Gómez y Maceo, aquello fue un fuego terrible, era imposible reservarse porque por todas partes venían balas; muchos detalles del combate pasaron para mi desapercibidos pues en un momento nos hicieron dos heridos y cinco muertos de los

cuales tres tuvieron vida algunas horas. Yo estaba tan absorto en la cura de los heridos que me olvidé hasta del instinto de conservación. A pesar de la desproporción de fuerzas y de lo desventajoso de la posición, al anochecer fueron desalojados de sus posiciones los insurrectos, pero nos quedó por tomar una loma desde la cual nos estuvieran haciendo fuego toda la noche; cada vez que íbamos a ver los heridos, como era preciso una luz nos dirigían la puntería y nos hacían una descarga; el cuadro era desgarrador, pues teníamos a los heridos en una especie de choza casi a la intemperie y por añadidura no teníamos agua para darles pues no había por aquel sitio. Por último, rendido por el cansancio y por el agotamiento nervios me tendí en el suelo y quedé dormido arrullado por el silbido de las balas...» (27).

Así, la cura de las heridas por arma de fuego se realizaba sobre el terreno, lo primero era cohibir la hemorragia y después extraer el proyectil, sólo cuando se percibiese claramente su alojamiento y la extracción no fuese origen de mayor destrozo. Para localizarlos se utilizaba el dedo, el estilete de Nelaton o el busca balas telefónico de Gidner, y una vez localizado se usaban pinzas saca balas o el tirafondo.

Aunque los médicos de aquella época no disponían de antibióticos para tratar las infecciones, sí que intentaban combatir las mediante la asepsia y antisepsia de las heridas. Se utilizaron con profusión los lavados de las heridas con soluciones tales como el cloruro de zinc al 10% o el agua sublimada (bicloruro de mercurio al uno por mil); tras la instrumentación quirúrgica se establecía un sistema de drenaje y se cubría la herida con apósitos antisépticos, usándose gasas fenicadas o algodón fenicado (28).

En las heridas por arma blanca se procedía igualmente a la desinfección de éstas con irrigaciones abundantes del sublimado al uno por mil. Tras la limpieza se procedía a cohibir la hemorragia suturando con catgut las arteriolas sangrantes, auxiliándose para ello con el tirante hemostático de Smarch; si la herida era profunda se daban

puntos de aproximación y finalmente se procedía a una sutura entrecortada con seda fenicada, cuidando de dejar un drenaje y cubriendo luego toda la herida con gasas empapadas en solución de sublimado, cubiertas por varias capas de gasa seca o algodón fenicado (29).

Para tratar el dolor se usaban los opiáceos, y para la fiebre 1 gramo de sulfato de quinina que se repartía, por ejemplo, en seis sellos a lo largo del día.

Los hospitales militares

El Cuerpo de Sanidad Militar, antes de iniciarse la guerra, contaba en Cuba con una infraestructura muy elemental de hospitales militares. Durante la guerra hubieron de ampliarse los existentes e inaugurarse nuevos hospitales, clínicas y enfermerías, funcionando casi un centenar de establecimientos sanitarios a lo largo de toda la Isla. El organigrama hospitalario se supeditó, por tanto, a las vicisitudes de la campaña. La llegada a la Isla del general Weyler (30) con su plan de establecer compartimentos estancos, desde Occidente hasta Oriente, para ir venciendo a la insurrección progresivamente y con la creación de dos líneas fortificadas que dividían la Isla, las trochas de Mariel a Majana en la Provincia de Pinar del Río y la trocha de Júcaro a Morón en el centro de Cuba, supuso el acúmulo de grandes concentraciones de tropas en puntos concretos de la Isla, en lugares con frecuencia insalubres, dando lugar a elevadas tasas de enfermedad entre la tropa. Cada establecimiento sanitario abierto se veía pronto desbordado en sus previsiones, habiendo de ser ampliados en su número de camas. Los médicos denunciaban las condiciones poco higiénicas en que se encontraban a veces los enfermos como consecuencia de la aglomeración, de la falta de locales adecuados o la falta de salubridad de estos alojamientos. Un médico nos deja su dramático testimonio:

«Fueron aquellos días de verdadera angustia, tanto para el que mandaba como para los que obedecían; en ellos se exce-

el desastre, más dañino que una derrota en los campos de batalla; la aglomeración de enfermos en número tan infinitamente superior a todas las previsiones originó muchas faltas, muchísimas; pero ciertamente menores a las que hubieran podido esperarse, gracias a los esfuerzos de todos. En aquellos momentos, muchos de mis antiguos compañeros realizaron los actos más grandes y más heroicos... Treinta y seis y hasta cuarenta y ocho horas seguidas llevaron algunos sin descansar un instante, sin dormir, apenas sin comer, hasta caer rendidos y sin conocimiento en los mismos camastros de los enfermos a quienes atendían» (31).

En la ciudad de La Habana, cercana al nuevo escenario de operaciones, y punto donde los enfermos debían pasar los reconocimientos para ser repatriados, se habilitaron los mayores hospitales de la Isla. En esta ciudad estaba radicado el Hospital Alfonso XIII, uno de los mejores hospitales de su época, organizado en pabellones aislados, con salas quirúrgicas totalmente asépticas y los medios más modernos, pero aunque inicialmente fue concebido para 500 camas, fue sucesivamente ampliado hasta 3.000 camas (32). Hubo que reabrir el antiguo Hospital de San Ambrosio, cerrado al inicio de la campaña por insalubre, y finalmente hubieron de habilitarse como hospitales grandes almacenes de azúcar situados en los muelles de la ciudad, éstos fueron el Hospital Militar de los almacenes de Regla, el Hospital Militar de los almacenes de Hacendados y el de Santa Catalina. Sólo se dispuso de siete días para acondicionar los almacenes de Regla a su nueva función, llegando a tener un total de 4.896 camas!. En el de Hacendados, con una capacidad teórica de 1.920 camas (aunque llegaría a tener 2.300), dada la apremiante situación los médicos, los enfermos y las camas llegaron a la misma hora en la noche del 23 de noviembre de 1896 (33).

Todos los hospitales y enfermerías militares contaban con una sala o pabellón de aislados, los soldados les llamaban las «salas de la muerte», para los enfermos de la fiebre

amarilla y otras enfermedades contagiosas como la viruela.

Existía, además, un trasiego importante de enfermos que eran remitidos desde otros hospitales, ya que los más saturados de las zonas de combate se veían obligados a derivar a sus enfermos menos graves en otros hospitales más periféricos.

Aunque los médicos militares hacían todo lo posible por atender a tan ingente número de enfermos, se vieron desbordados y se contrató a médicos civiles cubanos para ayudar en los servicios de visita y guardia médica de los hospitales.

Cada día surgían nuevos problemas, la falta de metálico en caja de los hospitales hizo que no se pudiera pagar al personal civil, o que los proveedores de alimentos dejaran de suministrar hasta no pagarse lo adeudado, pero lo peor llegó cuando el bloqueo naval de los EE.UU. en 1898 afectó al suministro de alimentos a los enfermos (34).

Se dictaron normas para proceder a la repatriación de aquellos enfermos que presumiblemente no fueran a mejorar en la Isla, y así miles de muchachos fueron devueltos a España, realizándose el trayecto de vuelta en condiciones a menudo lamentables; la llegada del vapor Isla de Panay a La Coruña, después de haber tenido 75 muertes a bordo durante el trayecto, conmocionó a la opinión pública (35). A partir de entonces se procuró evitar la repatriación de aquellos enfermos demasiado débiles para la travesía y se habilitaron buques hospitales para esta labor (36).

España mandó a la Isla de Cuba una cifra aproximada a 220.000 hombres entre los años 1895 y 1898. La suma del total de hombres del Ejército Español fallecidos en Cuba entre 1895 y 1898 es de 48.819, cifra posiblemente infravalorada. También ha de tenerse en cuenta que el 10% de esta mortalidad corresponde a soldados de los cuerpos de voluntarios cubanos que auxiliaban al Ejército Español.

Hay que añadir unos 2.000 fallecidos en los viajes de regreso a la Península y durante su convalecencia en España.

En el cuadro anexo aparecen las principales causas de mortalidad, tal y como eran oficialmente recogidas durante la campaña de Cuba: batalla, heridos, vómito y enfermedad común. Asimismo el término enfermedad común llega a convertirse en un verdadero «cajón de sastre» donde todo pudo tener cabida, aunque serían las enfermedades infecto-contagiosas las que lo completarían en su mayor parte.

La *fiebre amarilla* por sí sola causó un 35,98% de las muertes, lo cual supone más de la tercera parte de los fallecidos en aquella campaña.

Los *mueertos en combate o a consecuencia de heridas* supusieron un 5,23% de la mortalidad total, cifra que podría elevarse hasta un 10%.

Las *enfermedades comunes* con un 55,58% respecto de la mortalidad común fueron la principal causa de muerte en las tropas españolas.

Causas de Mortalidad

Año	Batalla	Heridos	Vómito	Enf. común	Desconocida	Total
1895			2.796		1.564	4.360
1896		1.708	9.052	4.137		14.897
1897		332	5.018	10.780		16.130
1898	286	228	700	12.218		14.432
Total		2.554	17.566	27.135	1.564	48.819
% del total		5,23%	35,98%	55,58%	3,20%	

Balance final de mortalidad entre las tropas españolas (37)

CUADRO RESUMEN 1895-1898					
Año	Tropas	Fallecidos	Tasa Bruta Mort.	Asistidos	Hospitalidades
1895	100.000	4.360	43,6‰	49.485	900.000
1896	200.000	14.897	74,48‰	238.235	3.680.245
1897	200.000	16.130	80,65‰	625.165	8.750.381
1898	200.000	13.432	67,16‰		

Entre las «enfermedades comunes», el paludismo fue el segundo gran problema de la Sanidad Militar Española, pues aunque la fiebre amarilla fuese el primero por la alta mortalidad que produjo, el paludismo sería más importante en tanto que el número de afectados creció de una forma alarmante. La tasa de ataque del paludismo siempre fue más alta que la de la fiebre amarilla; en 1897 se contabilizaron 157.336 casos, es decir, que casi el 80% de los hombres fueron atendidos por paludismo en este año (38).

Notas finales

Al leer los testimonios de las personas que participaron en esta guerra, llama la atención cómo todo lo relativo a enfermedad, asistencia médica, centros sanitarios, alimentación o condiciones de vida centra gran parte de la atención de los protagonistas. Es bien sabido que toda guerra implica enfermedades, heridas, carestías y desgracias, pero en esta contienda adquieren un carácter superlativo (39).

El médico acompañó al soldado en su viaje a Cuba, cruzó con él la manigua, lo atendió

en primera línea de fuego, en cualquier improvisada enfermería o en los abarrotados hospitales de la Isla. Muchos médicos fallecieron también a consecuencia de las mismas enfermedades que trataban de curar, sin detenerse a considerar los riesgos personales; en total 81 de los 578 médicos militares que estuvieron en la Isla, la mayoría víctimas de la fiebre amarilla (40).

Los médicos fueron en todo momento durante la campaña de Cuba ejemplo de laboriosidad, responsabilidad y sacrificio; y aunque muchas veces hubieron de trabajar en situaciones extremas o soportando una demanda asistencial muy por encima de lo normal, debido a las epidemias desarrolladas en la Isla, su actuación clínica y quirúrgica mantuvo una gran eficacia en el transcurso de esta guerra. ◀

Bonifacio de Esteban Marfil, Médico de Familia. Centro de Salud «La Chopera». Alcobendas, Madrid.

Referencias bibliográficas

1. ELORZA, A.; HERNÁNDEZ, E.: *La guerra de Cuba (1895-1898). Historia política de una derrota colonial*, Alianza Editorial S.A., Madrid, 1998.
2. YÁÑEZ, C.R.: «La última invasión armada. Los contingentes militares españoles a las guerras de Cuba, siglo XIX», *Revista de Indias*, 1992, p. 110.
3. *Programa al cual han de ajustarse los ejercicios de oposición pública para ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar en plaza de médicos segundos*, Biblioteca Revista de Sanidad Militar, Madrid, 1895.
4. «Real Orden Circular 19 Septiembre 1895» *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra*, núm. 208, tomo III, 1895, pp. 1053-1054.
«R.O.C. 11 julio 1896» *D.O.M.G.*, núm. 153, tomo II, 1896, p. 178.
«R.O.C. 11 septiembre 1896» *D.O.M.G.*, núm. 203, tomo III, 1896, p. 1.100.
5. «R.O.C. 4 septiembre 1895» *D.O.M.G.*, núm. 196, tomo III, 1895, p. 880.
«R.O.C. 25 octubre 1895» *D.O.M.G.*, núm. 241, tomo IV, 1895, p. 246.
6. *Anuario Militar de España*, Imprenta y Litografía del Depósito de la Guerra, Madrid, Años: 1895, 1896, 1897, 1898, 1899.
7. Archivo Histórico Militar, Madrid, Sección Ultramar, Fondo: *Capitanía General de Cuba*, Caja 1050, 26 legajos.
8. LARRA, A.: *Les hôpitaux militaires de l'île de Cuba et notamment l'hôpital d'Alphonse XIII de La Havane pendant la guerre actuelle*, Madrid, 1898, p. 36.
9. «La guerra en Cuba» *Blanco y Negro*, Madrid, 2 Noviembre 1895.
10. *Instrucciones Higiénicas para el Ejército de la Isla de Cuba*, Imprenta de A. Álvarez y Comp., Habana, 1896, pp. 37-38.
11. LARRA, A.: *Datos para la historia de la campaña sanitaria en la guerra de Cuba, (Apuntes estadísticos relativos al año 1896)*, Imprenta de Ricardo Rojas, Madrid, 1901, pp. 41, 42, 46.
12. FINLAY, C.J.: «El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla» *Obras completas*, tomo I, Academia de Ciencias de Cuba, La Habana 1965, pp. 247-261.
13. *Instrucciones Higiénicas para el Ejército de la Isla de Cuba*, Opus cit., pp. 15-16
14. NAVARRO, A.: «El escenario geográfico del conflicto» *El Ejército y la Armada en el 98*, Ministerio de Defensa, Madrid, 1998, pp. 19-32.
15. *Instrucciones Higiénicas para el Ejército de la Isla de Cuba*, Opus cit., pp. 58.
16. MUÑIZ, J.: *Apuntes de un soldado. AJIACO*, Imprenta de Fortanet, Madrid, 1898, pp. 109-111
17. BAEZA, F.: *Contribución a la Historia Médico-Quirúrgica de la última campaña de Cuba. Hospital Militar Alfonso XIII. Estadística de operaciones practicadas y traumatismos asistidos en la clínica de heridos y cirugía general...*, Talleres de Imprimir Vda e hijos de E. Pascual, Valencia, 1899, pp. 136-139.
18. Heridas producidas por proyectil de pequeño calibre *Revista de Sanidad Militar*, 1897, 11 (233), pp. 97-101; 11 (234), pp. 121-124; 11 (236), pp. 169-177.
19. PELÁEZ, H.: «Apuntes de cirugía de guerra de la última campaña de Cuba» *Revista de Sanidad Militar*, 1904, 18 (409), pp. 254-255.
20. PÉREZ, E.: *Heridas de machete*, Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, 1898, pp. 5-20.
21. BAEZA, F.: *Opus cit.*, p. 147.
22. SÁNCHEZ, J.: «Informe del Agregado Militar Británico en Cuba. 1898», TEBETO, Anuario del Archivo Histórico Insular de Fuerteventura, Especial Canarias-América tomo II, 1992, p. 72.
23. Archivo Histórico Militar, Madrid, Sección Ultramar, Fondo: *Capitanía General de Cuba*, Caja 379, *Diario de las operaciones efectuadas por la columna mandada por el Excmo Sr. General D. Agustín Luque, desde el 12 de Diciembre de 1895 al 5 de Febrero de 1896*.
24. *Reglamento para el Servicio Sanitario de Campaña. Aprobado por Real Orden de 1.º de julio de 1896*, Imprenta del Cuerpo Administrativo del Ejército, Madrid, 1896, pp. 8, 16.
25. GONZÁLEZ, J.: *Higiene de las marchas en el Ejército de la Isla de Cuba*, Imprenta del Cuerpo Administrativo del Ejército, Madrid, 1897, pp. 5-13.
26. *Instrucciones higiénicas...Opus cit.*, pp. 25-28.
27. VELASCO, C.: *Carta inédita escrita a su familia, Camajuani 27 de Diciembre de 1895*, pp. 6-9.
28. BAEZA, G.: *Opus cit.*, p. 88.
29. PÉREZ, E.: *Opus cit.*, pp. 20-25.
30. WEYLER, V.: *Mi mando en Cuba*, 5 vols., Imprenta Litográfica y Casa Editorial de Felipe González Rojas, Madrid, 1910.
31. OVILLO, F.: *La decadencia del Ejército, estudio de higiene militar*, Imprenta y Litografía del hospicio, Madrid, 1899, pp. 29-30.

32. GUERRERO, R.: *Crónicas de la guerra de Cuba*, Librería Editorial de M. Maucci, Barcelona, 1896, tomo IV, pp. 335-338.
33. SENAË, C.: *Estudio crítico de los servicios generales de los Hospitales de la Isla de Cuba con motivo de la campaña actual, por el médico mayor de Sanidad Militar, D. Clemente Senaë*, manuscrito, La Habana, 1898, pp. 30-37.
34. Archivo Histórico Militar, Madrid, Sección Ultramar, Fondo: *Gobiernos Militares*, Caja 202, 35 legajos.
35. RODRÍGUEZ, V.: *Un año en Cuba. Notas de mi diario de campaña*, Gráficas SUS-SE (Edición familiar), Valladolid, 1995, pp. 50-56, 59.
36. «R.O.C. 2 Noviembre 1897», *D.O.M.G.*, núm. 246, tomo IV, 1897, p. 816.
37. ESTEBAN, B.: *La Sanidad Militar Española en la guerra de Cuba (1895-1898)*, Tesis doctoral, Madrid, 2000, pp. 123-126.
38. *Memoria Resumen de la Estadística Sanitaria del Ejército Español, Año 1897*, Imprenta y Litografía del Depósito de la Guerra, Madrid, 1899, p. 44.
39. BURCUETE, R.: *¡La guerra! Cuba (Diario de un testigo)*, Casa Editorial Maucci, Barcelona, 1902.
- CORRAL, M.: *¡El desastre! Memoria de un voluntario en la campaña de Cuba*, Tipografía Moderna, Barcelona, 1899.
40. *Revista de Sanidad Militar española*, Imprenta del Cuerpo Administrativo del Ejército, Madrid, 1900, 14 (324), pp. 623-627.