

Las ciencias de curar durante la Guerra de la Independencia

Alfonso Ballesteros Fernández

La contienda que asoló la Península Ibérica durante seis años (1808-1814) se desarrolló con unos medios militares y sanitarios propios del siglo anterior. Las armas eran las del XVIII y aún no se habían descubierto los explosivos potentes. La doctrina militar de los principales países implicados tampoco había evolucionado y, por ello, Napoleón obtuvo grandes triunfos dotando de movilidad a sus unidades, apoyadas por una potente Artillería. La Intendencia era mínima, pues el Emperador partía de la premisa de que sus ejércitos debían de avituallarse sobre el terreno. Las guerras napoleónicas sirvieron para consolidar, en todos los países beligerantes, unos servicios sanitarios castrenses de ámbito nacional.

En la guerra peninsular la aparición generalizada de guerrilleros, más de 50.000, y la resistencia numantina en numerosos pueblos y ciudades se transformaron, para los ejércitos imperiales, en la “úlceras española”, según manifestaciones de Napoleón en Santa Elena.

Las llamadas ciencias de curar eran profesiones distintas y, casi siempre, enfrentadas; la unificación de la Medicina y la Cirugía no se produjo hasta 1827.

La Cirugía había sido un oficio poco considerado socialmente y con escasa remuneración, hasta que a finales del XVIII apareció la cirugía moderna, basada en el conocimiento de la anatomía topográfica. En España la creación de los Reales Colegios de Cirugía, para la Armada en Cádiz (1748) y para el Ejército y la población civil en Barcelona (1760), Madrid (1787), Santiago y Burgos (1799), fue el determinante de que los cirujanos pasaron a ser considerados profesionales de sólida formación teórica y práctica. Es prueba del prestigio alcanzado el que, en todos los países, a las figuras más destacadas de la Cirugía se les concedió título nobiliario.

El célebre cirujano Pere Castelló, profesor del Real Colegio de Cirugía de Madrid, se escapó a Mallorca al inicio de la guerra y, junto al cirujano del Hospital de la Isla del Rey Manuel Rodríguez Caramazana y Bartolomé Bover del Hospital Militar de Palma, lograron que en 1809 se aprobara un proyecto para convertir la Escuela de Anatomía y Cirugía de Palma,

fundada en 1789 por Francesc Puig, en un Real Colegio de Cirugía, dificultades presupuestarias impidieron su materialización.

A pesar de los progresos de la técnica quirúrgica, el resultado de las intervenciones estaba hipotecado por la falta del control del dolor y las infecciones. Hubo que esperar hasta 1848 para que en Boston se practicara la primera intervención con anestesia. La infección de la herida quirúrgica se logró reducir por Lister, en 1865, con pulverizaciones de formol. Hasta 1886 no se inició por Von Bergman la cirugía aséptica mediante la esterilización por autoclave.

La Medicina, anclada en el pasado, se enseñaba en las universidades repitiendo los textos clásicos, era “mera palabrería y exposición de aforismos ridículos”, en opinión del Dr. Marañón. Ante esta situación, los médicos más inquietos se reunían en tertulias que, influidas por el espíritu de la Ilustración, dieron origen a las Academias de Medicina. En nuestra isla la Real Sociedad Económica de Amigos del País del Reino de Mallorca creó, en 1788, la Academia Médico – Práctica de Mallorca, antecesora del actual Reial Acadèmia de Medicina.

La Medicina no había iniciado su desarrollo científico. La nosología no estaba bien establecida, aunque a comienzos del siglo XVII Thomas Sydenham iniciara la ordenación sistemática de los procesos morbosos, según su sintomatología. Le siguió, en el siglo XVIII, François Boissier de Sauvages intentando clasificar las enfermedades con la misma metodología que las plantas. Se ignoraba la etiopatogenia de la mayoría de las diferentes enfermedades. Aunque se conocía el carácter transmisible de muchas, aún se discutía el carácter contagioso de algunas tan importantes como la “tisis” o tuberculosis y faltaba más de medio siglo para que los descubrimientos de Louis Pasteur iniciaran la Microbiología.

El diagnóstico se basaba en el interrogatorio y en la observación del paciente y de sus excretas; toma del pulso y, a veces, palpación. Santorio de Padua y Hermannus Boerhave, en el siglo XVII, y Antón de Haen, en el XVIII, preconizaron el uso diagnóstico del termómetro; no obstante, la medición de la temperatura corporal no se estudió como signo clínico

hasta mediados del XIX por Carl R. August Wunderlich. Aunque la percusión torácica y abdominal había sido descrita en 1761 por Johann Leopold Auenbrugger, no tuvo difusión hasta que en 1810 Jean Nicolas Corvisart, médico de Napoleón, la dio a conocer. Su discípulo Théophile René Laennec sistematizó en 1819 la auscultación torácica y diseñó el estetoscopio.

La Farmacia era un oficio que se aprendía con la práctica y posteriormente se realizaban unos exámenes poco estrictos supervisados por el Protomedicato. En 1800 se independizó aprobándose la Concordia y Reales Ordenanzas para el régimen y gobierno de la Farmacia. La Real Cédula de 5 de febrero de 1804 creó los Reales Colegios de Farmacia de Madrid, Barcelona, Sevilla y Santiago, pero por la guerra no pudieron funcionar hasta 1815.

La Terapéutica se regía por los principios vigentes en el siglo XVIII, con disquisiciones sobre el empleo de sangrías y sanguijuelas, enemas y purgantes, así como sobre los poderes curativos de las aguas. Aunque Antoine Laurent Lavoisier y el sueco Jöns Jacob Berzelius habían dado un gran impulso a la Química Orgánica, aún no se sintetizaban principios de utilidad terapéutica y los medicamentos provenían de la Naturaleza.

La Veterinaria dependía del arma de Caballería, no tenía consideración de actividad sanitaria y gozaba de escaso rango social a pesar de que desde 1793 había en Madrid una Escuela de Veterinaria.

En las guerras napoleónicas las bajas por enfermedad superaban diez veces a los heridos. En el segundo sitio de Zaragoza llegaron a morir diariamente más de 600 defensores por una epidemia de tífus exantemático que fue la causa principal de la rendición de la ciudad. El mismo general Palafox estaba gravemente enfermo de “tabardillo pintado” en el momento de la capitulación.

La desnutrición afectaba a casi toda la población civil y la mala cosecha de 1811 produjo en 1812 una gran hambruna con muertes por inanición. En las ciudades sitiadas las enfermedades carenciales más graves, el escorbuto y el beri-beri, hicieron estragos. A las enfermedades infecciosas comunes, como el sarampión o la varicela, se unieron repetidas epidemias de viruela, disentería bacilar, fiebre tifoidea y tífus exantemático o “tabardillo”, acompañante habitual de todos los ejércitos y de los colectivos hacina-

dos. Los procesos febriles, “calenturas”, se clasificaban, según son síntomas asociados o la gravedad, en “catarrales”, “pestilenciales”, “remitentes biliosas”, “petequiales contagiosas”, “pútridas malignas”, etc... sin claros criterios nosológicos. Había paludismo en el sur de España y se produjeron algunos focos de fiebre amarilla o “vómito negro” en Levante. Afortunadamente no hubo casos de peste, ya que la última epidemia en el continente europeo había tenido lugar en la zona de Marsella entre 1720 y 1722. El cólera no llegó a Europa, a través de Rusia, hasta 1830.

Las grandes batallas de las guerras napoleónicas eran muy sangrientas. En la llamada Batalla de las Naciones de Leipzig, del 16 al 19 de octubre de 1813, participaron unos 450.000 soldados. Murieron en combate unos 100.000 y resultaron heridos alrededor de 34.000, de los que fallecieron más de la tercera parte.

Los fusiles, por el ánima lisa y la poca potencia de la pólvora negra, tenían un alcance efectivo de unos 100 metros. Sus proyectiles, con frecuencia, eran poco penetrantes y quedaban alojados en el cuerpo. Las pistolas eran de escasa utilidad en el combate campal, por tener aún menor alcance y precisión.

El 74% de las lesiones estaban causadas por armas de fuego, el 20% por armas blancas, fracturas y contusiones sólo causaban el 4% y las quemaduras el 2%.

En general, la asistencia a los heridos no se comenzaba hasta terminar el combate. El célebre cirujano francés Dominique Larrey implantó, en algunas unidades imperiales, las ambulancias volantes, que eran carruajes ligeros que transportaban material sanitario. Después de una primera asistencia, practicada por cirujanos que se trasladaban por el campo de batalla a caballo, los heridos se evacuaban en dichos vehículos.

El período más crítico para un herido es la primera hora, “hora de oro” según Larrey, por el riesgo de asfixia y hemorragia masiva. Con una rápida y eficaz asistencia a las bajas en combate se ha logrado reducir la mortalidad, desde el 33% en el siglo XIX al 9% en los recientes conflictos de Irak e Afganistán, pese que las armas actuales son más mortíferas.

Los hospitales de primera línea se improvisaban en espacios proximos al campo de batalla, que muchas

veces eran granjas o simples cobertizos. La actuación quirúrgica inicial se dirigía, sobre todo, a lograr la hemostasia. Los grandes traumatismos de las extremidades terminaban frecuentemente en la amputación, para dejar heridas limpias con menos riesgo de infección y hemorragia secundaria. La mortalidad de los amputados llegaba, en manos de buenos cirujanos, al 50%, sobre todo a causa de sepsis, gangrena o tétanos. La rapidez del cirujano era esencial y Larrey lograba realizar una amputación en menos de cinco minutos; en la batalla de Borodino practicó más de 200 amputaciones en una jornada.

La decisión de amputar era muy arriesgada. Nelson sobrevivió a la amputación de su brazo derecho a causa de una herida anfractuosa, sufrida en el frustrado asalto a Tenerife en 1797; Gravina falleció, tres meses y medio después de la Batalla de Trafalgar, como consecuencia de una herida en su brazo izquierdo tratada de forma conservadora.

A pesar de estos casos emblemáticos, la llamada “cura española” del tratamiento de las heridas, sobre todo por armas de fuego, terminó siendo adaptada por los cirujanos de los otros ejércitos al obtenerse mejores resultados. Lo esencial del método, que había sido sistematizado y difundido por el cirujano José Queraltó, era ser conservador, realizar pocas incisiones, evitar bálsamos y pomadas, así como cambiar los apósitos lo menos posible.

Posteriormente los heridos se trasladaban a los hospitales de retaguardia empleando carros de víveres, arzones de artillería o carretas agrícolas. Había pocos hospitales civiles o militares construidos para ese fin y su capacidad siempre resultaba insuficiente. Por ello los hospitales de retaguardia frecuentemente se instalaban en grandes edificios, sobre todo iglesias y conventos, siendo denominados “hospitales efímeros”. Los británicos potenciaron pequeños hospitales regimentales con menor hacinamiento.

Hay numerosa correspondencia de médicos franceses y británicos quejándose a sus superiores de las inhumanas condiciones de sus hospitales militares en España. En el *Discurso económico-político sobre los hospitales de campaña*, publicado en Valencia en 1814 y atribuido a Hernández Morejón, se afirma: “Era horrible y lastimoso el estado de los hospitales, convertidos en casas de horror y desesperación y sepulturas de nuestros soldados”.

En toda España solo había 12 hospitales militares dotados de un cirujano mayor, un ayudante, un médi-

co y un boticario, ayudados por practicantes y celadores. Estaban ubicados en plazas periféricas estratégicas y, por eso, en Baleares había dos. El de Mahón, construido en 1716 por los ingleses en la Isla del Rey, era el único diseñado específicamente para ese fin. El de Palma, llamado Real o del Rey, se hallaba en la esquina de la calle Olmos con la Rambla, cercano al convento del Carmen. Se trataba de un caserón adaptado mediante reformas propiciadas por el cirujano catalán Francesc Puig, durante su estancia en Palma.

Les Illes Balears no sufrieron los efectos directos de la contienda, pero sí padecieron todo tipo de penurias, agravadas por la llegada masiva de refugiados peninsulares. La reclusión en Cabrera, desde mayo de 1809, de los prisioneros de la batalla de Bailén fue el hecho más dramático ocurrido en nuestras islas. Las carencias de la población autóctona, el miedo a las epidemias y el odio generado por las tropas imperiales en sus saqueos sistemáticos, pueden ser un atenuante a uno de los episodios más vergonzosos de nuestra gran guerra patriótica.

Aunque las cifras son muy difíciles de precisar y varían según los diferentes autores, se puede calcular que, aproximadamente, murieron unos 55.000 soldados lusobritánicos, 200.000 imperiales y 250.000 españoles. Para España las pérdidas fueron aún más graves ya que además, a causa de la guerra, perdieron la vida unos 250.000 civiles.

Las pérdidas artísticas y materiales fueron incalculables y además se inició la emancipación de nuestras colonias. La economía española tardó tres décadas en volver a los niveles anteriores a la guerra.

Lo peor fue que el regreso del nefasto Fernando VII no trajo la concordia entre los españoles, perdiéndose una ocasión preciosa para sentar las bases de una nación moderna y cohesionada.