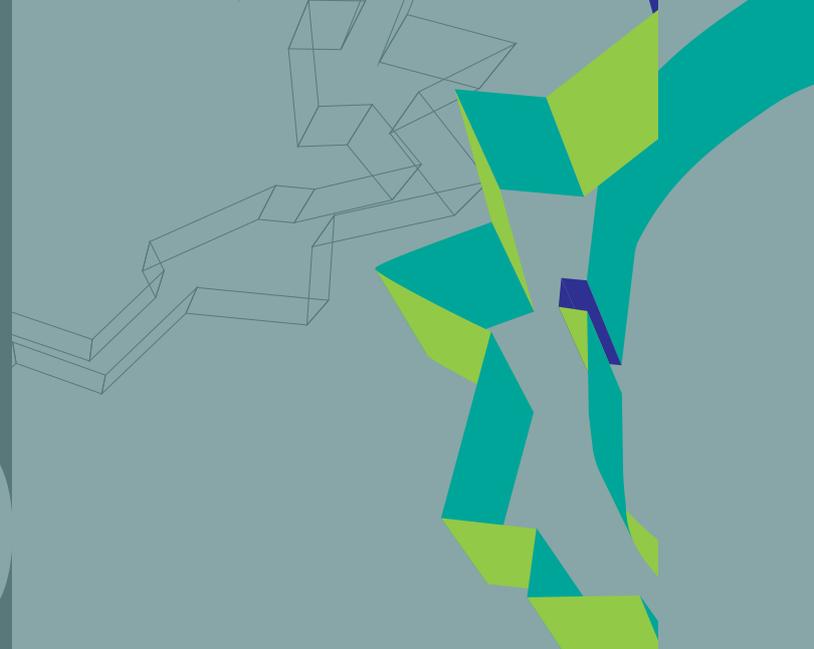


1810
2010

ALMEIDA



La Guerra de la Independencia en el Valle del Duero:
los asedios de Ciudad Rodrigo y Almeida.

Cristina Borreguero Beltrán (coord.)

CIUDAD
RODRIGO



ISBN: 978-84-92572-38-0
Depósito legal: DL-VA 736-2013

**La Guerra de la Independencia en el
Valle del Duero:
los asedios de Ciudad Rodrigo y Almeida.
Cristina Borreguero Beltrán (coord.)**

2013

***CUANDO AL PERRO FLACO TODO SE LE VUELVEN PULGAS: HERIDAS DE
GUERRA, ENFERMEDADES Y SANIDAD MILITAR DURANTE LA GUERRA
DE LA INDEPENDENCIA***

Bertha M. Gutiérrez Rodilla
Universidad de Salamanca

Aunque Salamanca y su provincia han permanecido ajenas en general a otros movimientos y sucesos desarrollados en España en los últimos siglos, por su localización estratégica se vieron obligadas a seguir muy de cerca la Guerra de la Independencia y a sufrir las consecuencias derivadas de la misma, que alcanzaron todos los ámbitos. Entre tales consecuencias, no fueron de importancia menor las derivadas de tener que atender a un gran número de heridos y enfermos durante los años que duró la contienda, sin contar para ello con unas infraestructuras mínimamente adecuadas, muy en relación con el estado previo de precariedad en que se vivía en la provincia, antes de estallar los enfrentamientos. De algunos de los aspectos relacionados con esta situación que acabamos de señalar es de lo que nos ocupamos en este trabajo.

1. Introducción

No parece necesario a estas alturas destacar la importancia que una guerra como la de la Independencia española tuvo para nuestro país por sus nefastas consecuencias en forma de pérdidas humanas, destrozos irrecuperables en el patrimonio artístico, una gran crisis económica y financiera, que venía a coincidir con el inicio de la emancipación de las diversas colonias españolas, etc.¹. Como tampoco es preciso insistir en que la provincia de Salamanca fue uno de los escenarios principales de la contienda por su posición estratégica en la frontera con Portugal, por lo que se vio directamente implicada en algunos de los episodios más devastadores de esa guerra.

Evidentemente, estos hechos tuvieron unas repercusiones sanitarias muy importantes, incluso extremas, en una provincia muy poco desarrollada, que si ya en situaciones de paz contaba con recursos muy precarios, en épocas de guerra tales recursos se mostraban claramente insuficientes y deficitarios. De algunos de los aspectos relacionados con esta situación que acabamos de señalar -cómo era la sanidad militar en la época de la contienda, las infraestructuras hospitalarias existentes, la atención a los heridos, etc.- es de lo que nos ocupamos a continuación.

¹ Vid., por ejemplo, un resumen de muchas de estas consecuencias en Cristina del Moral, *La guerra de la independencia*, Madrid, Anaya, 1990, pp. 74-89 o, para el caso de Salamanca, en Ricardo Robledo Hernández, *Salamanca, ciudad de paso, ciudad ocupada. La Guerra de la Independencia*, Salamanca, Cervantes, 2003.

2. La organización de la sanidad militar a principios del siglo XIX

El modelo de sanidad militar vigente en nuestro país al inicio del XIX —según un reglamento de 1805, por el que nace oficialmente el "Cuerpo de Cirugía Militar del Ejército"— regulaba hasta los más pequeños aspectos relacionados con dicha sanidad y obligaba a su absoluta centralización y jerarquización². Sus integrantes —alrededor de 300 “cirujanos”, de los que más de una tercera parte no tenían estudios superiores—, ostentaban diversos rangos: desde el cirujano mayor del ejército hasta los colegiales pasando por los consultores de número, los consultores supernumerarios, los primeros ayudantes, los segundos ayudantes, etc., cada uno de ellos, por supuesto, con unas funciones muy concretas. En toda España había 12 hospitales militares, dotados de su cirujano mayor, ayudantes, boticario, etc., ubicados en plazas periféricas estratégicas. Además de estos cirujanos citados, que trabajaban en los hospitales "militares", la Corona había desarrollado todo un sistema de contrataciones con diferentes hospitales, por así llamarlos, civiles, situados en zonas estratégicas, que contaban con su propia dotación de médicos o cirujanos. Cada cirujano debía aportar su propia caja de instrumentos que, según una Real orden de diciembre de 1804 debía incluir "los de la operación de trépano; los de amputaciones, con sus correspondientes torniquetes y tortor; tres algalias graduadas de plata; una sonda de pecho; un sacabalas, tres cauterios; los trócares de la punción de vientre, vejiga urinaria e hidrocele; algunas agujas corvas para enlazar vasos, con una bolsa de instrumentos portátiles".³

Todos estos practicantes de la cirugía formaban un pequeño ejército suficiente para atender las posibles eventualidades surgidas en tiempos de paz, pero no así en los de guerra. Por ello, había voluntarios civiles que entraban a trabajar provisionalmente para el ejército cuando se producía una confrontación y mientras duraba ésta. Cabe añadir que en la época, en el ámbito civil, la separación entre cirujanos y médicos era

² Para más detalles, Vid. José María Massons, *Historia de la sanidad militar española*, 4 vols., Barcelona, Pomares-Corredor, S. A., 1994; Sebastián Montserrat Figueras, *La medicina militar a través de los siglos*, Madrid, Servicio Geográfico del Ejército, 1946; o Luis Sánchez Granjel, *La medicina española del siglo XVIII*, Salamanca, Universidad de Salamanca, 1979, por ejemplo.

³ Alfonso Ballesteros Fernández, La sanidad militar durante la Guerra de la Independencia, en *Sanidad militar*, nº. 64 (4), 2008, pp. 235-244: 238-239.

sancionada por reales órdenes que dictaban que, en ningún caso los médicos practicaran la cirugía, como en ningún caso tampoco, los cirujanos podían ejercer la medicina. Hasta la aparición de los Reales Colegios de Cirugía, el primero de los cuáles se funda en Cádiz en 1748 -y, a cuya imagen y semejanza, se fundarían después los de Barcelona, Madrid, etc.-, los cirujanos tenían una consideración social bastante por debajo de la de los médicos y los salarios que percibían también eran inferiores. Sin embargo, la mejor preparación científica y práctica que los cirujanos obtendrían en estos colegios de cirugía, basada entre otras cosas en el excelente conocimiento de la anatomía topográfica, elevaría su condición social y además, les facilitaría el acceso a puestos profesionales cada vez mejor retribuidos, se les iría permitiendo la libertad de ejercicio, que fijaran libremente su residencia en la ciudad o en el pueblo donde quisieran... De hecho, esa importancia que irían adquiriendo en la segunda mitad del siglo XVIII es la que estaría por debajo de la promulgación en 1787, por parte de Carlos III, de una Real cédula sin precedentes por la que se equipara a estos cirujanos con los médicos.

A pesar de contar con este modelo tan estructurado, las peculiaridades de la guerra de la independencia que fue una guerra desordenada y fragmentaria, carente de unidad y de planes preconcebidos y que se desarrolló con unos medios militares y sanitarios propios del siglo anterior, hicieron que cada región, cada provincia, combatiera cuándo y dónde mejor le pareciera, según el designio de las diversas Juntas de Guerra, lo que, evidentemente, no se prestaba demasiado a una siquiera mínima organización de los servicios sanitarios.

Así las cosas, cuando comenzaron los enfrentamientos y durante un cierto tiempo, junto a muchos facultativos de la Armada que tuvieron que incorporarse al servicio del Ejército de Tierra, se ofrecieron para engrosar las filas muchas personas, entre las que no eran pocos los médicos, cirujanos, practicantes y estudiantes, movidos, no sólo por su fervor patriótico, sino también por la búsqueda de una oportunidad profesional. Como las necesidades reales de personal sanitario eran enormes no se llevó a cabo ningún tipo de criba para aceptar estos ofrecimientos, con lo que el nivel de conocimientos de todas estas personas era bastante desigual. Con el paso del tiempo, tras esta primera fase en que la gente, presa de un gran entusiasmo, pedía un puesto en el ejército, la situación fue estabilizándose e, incluso, llegó un momento en que el número de facultativos comenzó a disminuir: no sólo porque algunos morían, sino porque muchos desertaban de las tareas

militares, a la vista de la precariedad del sueldo y de las dificultades existentes para cobrarlo. La penuria administrativa también influyó en la organización y el mal funcionamiento de los hospitales militares, confiados en su mayor parte a la iniciativa de las Juntas locales y, en no pocos casos, a la inagotable caridad de los particulares.

También en las filas francesas destacadas en nuestro país, la situación sanitaria desde el inicio de la contienda fue comprometida. Puesto que el ejército francés nunca pensó que se produciría una sublevación generalizada en España y, dado que nuestros vecinos siempre trataron de mostrar que su presencia aquí era provisional, no llevaban consigo las dotaciones sanitarias que les hubieran acompañado en otros casos: ni sus hospitales de campaña, ni un personal acorde en número con la guerra que se avecinaba. De forma que, cuando las cosas comenzaron a complicarse, el poco personal sanitario que había venido acompañando a las tropas empezó a resultar insuficiente, por lo que tuvieron que recurrir a los profesionales nacionales, a los que incorporaron a su servicio de forma involuntaria, aunque también, en muchas ocasiones, voluntariamente. Lo mismo que hicieron con los hospitales donde atender a los heridos, los mejores de los cuáles pusieron generalmente a su disposición.

3. La patología quirúrgica asociada a la guerra

Los procesos que tenían que atender todos estos cirujanos eran fundamentalmente heridas y fracturas producidas en el campo de batalla. Una de las diferencias más importantes entre los ejércitos de otras épocas y los del siglo XIX fue el armamento, pues aunque las armas blancas no dejaron de usarse, en ese siglo se impuso el empleo de armas de fuego: fusiles, pistolas, granadas y artillería. Esto trajo como consecuencia que se generalizara un tipo de herida bastante diferente al generado por las armas blancas, ya que el destrozo que ocasionaba en los tejidos un proyectil o una granada era incomparable con el que podía producir un sablazo o una estocada. Las balas que solían utilizarse a comienzos del XIX eran de plomo, por la abundancia de este metal y la sencillez de su fabricación, dado que el plomo funde a una temperatura no demasiado alta. La bala de ese material al chocar con una estructura dura se abre, de forma que un disparo podía penetrar limpiamente a través de la piel, pero al impactar con una estructura dura, como un hueso por ejemplo, la bala se fragmenta produciendo serias

lesiones internas, ya que actúa como una auténtica bala explosiva, de ahí la gravedad de estas heridas.⁴

Lo señalado hasta aquí obligó, lógicamente, a que la cirugía se pusiera al día y a que se adecuara los métodos curativos a estas nuevas lesiones, que, como consecuencia de su anfractuosidad y entrada de cuerpos extraños, se infectaban más fácilmente que las producidas por un objeto cortante o punzante. Quizá esta sea una de las pocas consecuencias positivas de esta guerra -como ha ocurrido en otras, a lo largo de la historia-: que empujó el avance de la cirugía. De hecho, en este periodo destacan varios cirujanos y, entre ellos, una de las figuras más notables de la historia de la cirugía: Jean-Dominique Larrey (1766-1842), quien desarrolló algunas técnicas quirúrgicas relacionadas con las amputaciones de miembros, diseñó una nueva aguja para las suturas y un extractor para las balas alojadas en el tórax y mejoró el sistema de atención en el campo de batalla mediante la evacuación rápida de los heridos en las ambulancias volantes, además de convencer a Napoleón de la importancia que tiene para alcanzar la victoria militar el establecimiento de una buena red asistencial sanitaria.⁵

De acuerdo con lo que hemos dicho, las heridas que podían presentar los combatientes eran de muy diferentes tipos y dependían de las circunstancias. Así, en los primeros momentos, cuando se iban aproximando los atacantes, la mayoría de ellas estaban producidas por el cruce de disparos, dando lugar a las heridas de que hablábamos en el párrafo anterior, a heridas en sedal (con orificio de entrada y de salida), etc. Cuando se llegaba al contacto físico, predominaban las originadas por arma blanca. Sin embargo, si lo que se producía, por actuación de la artillería, era el derrumbamiento de un parapeto o de un edificio, las lesiones principales eran traumáticas (luxaciones, fracturas, contusiones o aplastamientos) y, por el efecto expansivo de la explosión, se podían causar quemaduras graves o muy graves. En conjunto, se estima que el 74% de las

⁴ Luis Alfonso Arcarazo García, *La asistencia sanitaria en Zaragoza durante la guerra de la Independencia Española (1808-1814)*, Zaragoza, Institución "Fernando el Católico", 2007, p. 207.

⁵ Sobre él, en relación con la guerra española, *vid.*, por ejemplo Jean-René Aymes, Tres médicos franceses en las guerras de España (1793-1795 y 1808-1814): Percy, Larrey y Broussais, en Alberto Gil Novales (coord.), *Ciencia e Independencia Política*, Madrid, Ed. del Orto, 1996, pp. 269-297; o Anastasio Rojo Vega, *Dominique Larrey en España (1808-1809)*, *Medicina & Historia*, 4, cuarta época, 2008.

lesiones eran producidas por armas de fuego, el 20% por arma blanca, un 4% serían fracturas y contusiones, mientras que las quemaduras representarían el 2%. En cuanto a la topografía de las mismas, el 45% tendrían lugar en el miembro inferior, el 27%, en el superior, un 19% en el tronco y un 9% en la cabeza.⁶

Los soldados heridos no se recogían del campo de batalla hasta después de terminada esta -incluso días después-, con lo que tenían que soportar hambre, sed, el sol, el frío, la pérdida de sangre, etc.; condiciones todas bastante poco favorables para que tuvieran una buena evolución, sobre todo si contamos con que el periodo más crítico para un herido es la primera hora, la que Larrey llamaba la "hora de oro", por el riesgo de asfixia y hemorragia intensa. En el caso de que hubieran sobrevivido, cuando se los recogía y llegaban al hospital o al hospital de campaña -hasta donde se transportaban en carros de víveres, arzones de artillería o carretas agrícolas- su situación era realmente crítica. La actuación quirúrgica inicial se dirigía, sobre todo, a conseguir la hemostasia, es decir, a parar la pérdida de sangre. Si los proyectiles habían atravesado vasos sanguíneos importantes de una extremidad, lógicamente se producían grandes hemorragias que necesitaban la aplicación de un torniquete para tratar de contenerlas. Después había que valorar si se podía suturar el vaso porque de lo contrario no quedaría más remedio que amputar el miembro, pues si el herido seguía con vida después de todo lo que llevaba pasado hasta aquí, aún le esperaban dos grandes complicaciones: el tétanos y la gangrena. Gangrenas, que conducían directamente a las terribles amputaciones de miembros o, incluso, a la muerte. Se calcula que la mortalidad de los amputados llegaba, en manos de un buen cirujano, al 50% y, en el resto, hasta el 65%.

Y es que, a pesar de que se había avanzado en la técnica quirúrgica propiamente dicha, el resultado de las intervenciones dependía directamente de los dos grandes problemas a que se enfrentaron todos los cirujanos del siglo XIX: el control del dolor y las infecciones, pues todavía no se contaba ni con anestesia ni con antibióticos. Hasta la segunda mitad de ese siglo no se conseguiría reducir la infección de la herida quirúrgica, gracias a las pulverizaciones con formol llevadas a cabo por Lister y a la cirugía aséptica

⁶ Alfonso Ballesteros Fernández, *ob.cit.*, p. 242. *Vid.* también al respecto, Francisco Etxeberria, *Surgery in the Spanish war of Independence (1807-1813), between Dasult and Lister*", en *Journal of Paleopathology*, 11 (3), 1999, pp. 25-40, por ejemplo.

mediante esterilización por autoclave iniciada por Von Bergman en 1886. Igualmente, hasta 1848 no se practicaría, en Boston, la primera intervención con anestesia. De ahí que fuera tan importante aprovechar la llamada por Larrey "ventana de oportunidad", que eran las primeras 24 horas, pues en ella, no sólo no se habían iniciado los fenómenos inflamatorios, sino que había una cierta anestesia local por efecto del traumatismo.⁷ Si no era así, se le operaba a dolor vivo, se reducía la fractura o se le serraba el miembro, pero no era infrecuente que entrara en *shock* a causa del dolor. En cuanto a la infección, si estaba localizada en un miembro la única solución era la amputación, con todas sus complicaciones; pero cuando la infección no se producía en una extremidad, sino en otro sitio, y, sobre todo, cuando era generalizada causando una septicemia, no había solución ni con cirugía ni con los medicamentos habituales de la época.

Por su parte, el gran problema de la enfermería quirúrgica era la escasez de materiales de cura, imprescindibles para el éxito del cirujano: se "reciclaba" el material -si me permiten usar este verbo tan anacrónicamente-, de modo que se usaban vendajes lavados, es decir, reutilizados varias veces por diferentes pacientes, lo que potenciaba lógicamente el contagio entre los enfermos por medio de las secreciones transmitidas a través de esos vendajes. Igualmente, escaseaban las camas, por lo que mientras que a unos pacientes se los tumbaba directamente en el suelo, a otros se los encamaba de dos en dos, normalmente un herido con un enfermo, con lo que el contagio entre unos y otros estaba asegurado...⁸

4. Los escenarios de la asistencia sanitaria

¿Dónde se recogía y atendía a los heridos de que estamos hablando? La pregunta no carece de interés, sobre todo si nos centramos en una zona como la provincia de Salamanca y los escasísimos recursos con los que contaba. En aquellos momentos la situación hospitalaria en estas tierras no era excesivamente halagüeña, muy en consonancia con una profunda decadencia iniciada en el siglo XVIII, emparentada con un declive de la densidad demográfica en estas latitudes. Como es sabido, en el tránsito entre los siglos XVIII y XIX se produce una gran crisis de subsistencia en toda la Europa

⁷ Alfonso Ballesteros Fernández, ob.cit, p. 242.

⁸ Luis Alfonso Arcarazo García, ob. cit., p. 236.

occidental, que alcanzaría su peor momento entre los años 1803 y 1804. Una situación de la que no escaparía la provincia de Salamanca.⁹ Justamente será esa crisis -y no tanto la Guerra de la Independencia-, la causante de las tasas de morbi-mortalidad tan altas que se registran en los comienzos del siglo decimonónico. Por tanto, en relación con los aspectos sanitarios, que es lo que a nosotros nos interesa, los efectos de la guerra deben tomarse tan sólo como agravantes de esa situación previa que se arrastraba y de la que España y la población española no había logrado recuperarse cuando se inician los enfrentamientos, a pesar de que en 1808 el crecimiento de la población comenzaba a recuperar las pérdidas tanto de la hambruna como de la fiebre amarilla y la epidemia de malaria que le habían costado al país la pérdida de entre 350.000 a 500.000 habitantes.¹⁰

En principio, en todas las poblaciones salmantinas importantes existía un hospital, por pequeño que fuera y por ruinosos que pudieran ser su estado o sus recursos: el de San Gil, en Béjar, el de Santiago, en Alba de Tormes o el de la Providencia, en Ledesma. En Ciudad Rodrigo, además del Hospital de la Pasión, que sería el más importante de la población en la época que nos ocupa, había existido un hospital exclusivamente militar, según lo pone de manifiesto Velasco Morgado,¹¹ que utilizaba algunas dependencias del Hospital de la Pasión. Nos referimos al llamado Hospital Real, fundado en 1741, que no permaneció como tal durante mucho tiempo, pues la Cofradía de la Pasión adquirió el compromiso de asistir a las tropas destinadas en Ciudad Rodrigo, así como en el Fuerte de la Concepción, en Aldea del Obispo. Por su parte, en la ciudad de Salamanca había un Hospital General, el de la Santísima Trinidad, fruto de la fusión en 1581, de 18 pequeños hospitales. Contaba también con el Hospital del Estudio —perteneciente a la

⁹ Vid. al respecto Vicente Pérez Moreda, *Las crisis de mortalidad de la España interior (ss. XVI-XIX)*, Madrid, Siglo veintiuno, 1980; o José Luis Peset, y José Adriano Carvalho, *Hambre y enfermedad en Salamanca. Estudio de la repercusión de la "Crisis de Subsistencias" de 1803-1805 en Salamanca*, en *Asclepio*, 24, 1972, pp. 225-266.

¹⁰ Ronald Fraser, *La maldita guerra de España. Historia social de la guerra de la Independencia 1808-1814*, Barcelona, Ed. Crítica, S. L., 2006, p. 759.

¹¹ Raúl Velasco Morgado, *Aspectos médico-sanitarios de la Guerra de la Independencia en Ciudad Rodrigo (1808-1814) [Memoria de Grado]*, Salamanca, Universidad de Salamanca, 2007, p. 49.

universidad—, a punto de desaparecer y con los de Santa María la Blanca y Nuestra Señora del Amparo, dedicados exclusivamente a enfermedades contagiosas.¹²

En cuanto a las instalaciones y personal de todos estos hospitales, no resultaba raro que se redujeran a una simple habitación, donde más frecuentemente que a los enfermos se acogía a los pobres. Eran excepción los que de entre ellos estaban atendidos por personal especializado y no religioso, a pesar de que tan sólo unos años antes, los hospitales españoles habían gozado de una situación excelente, en lo que a la profesionalización de la asistencia sanitaria se refiere. Los datos que aporta al respecto Carasa Soto son bastante esclarecedores: mientras que en 1787, alrededor de la mitad del personal de los hospitales (un 44.4%) eran facultativos, frente al 10.9% que suponían los capellanes, en 1907 esas proporciones prácticamente se invierten.¹³

Como ocurría con el propio sistema de sanidad militar, estas infraestructuras hospitalarias a que hemos aludido podían ser más o menos suficientes cuando reinaba la paz, pero al empezar la contienda ni su número, ni sus dotaciones lo fueron, dada la avalancha de personas que hubo que atender en ellos. Basta para entenderlo con comparar los datos siguientes: al inicio de la guerra la ciudad de Salamanca tenía unos 4000 habitantes. Si se piensa que en la batalla de los Arapiles, muy cerca de la capital, se contabilizaron unas 10000 bajas entre heridos y muertos, enseguida se comprende el desfase entre las cifras que Salamanca estaba acostumbrada a manejar y las que se vio obligada a asumir entonces. Lo mismo sucedió en otras poblaciones salmantinas (Ciudad Rodrigo, Béjar, Alba de Tormes...), en las que tuvieron lugar batallas importantes, como lo muestra la comparación del número de habitantes en los principales núcleos de población con el de de muertos y heridos en las batallas que protagonizaron: siempre hay un desfase notorio. Esto originó que hubiera que habilitar muchos edificios para este fin: iglesias, conventos, cuarteles, hospicios, colegios, palacios, etc., a los que en algunos documentos se designa como "hospitales efimeros". Si llegaba el caso, se expropiaban los edificios y se echaba a la calle a sus moradores, sin ningún tipo de miramiento, como

¹² María Teresa Santander Rodríguez, *El Hospital del Estudio*, Salamanca, Centro de Estudios Salmantinos-CSIC, 1993. *Vid.* también Josep Danon, Hospitales de España y Hospitales militares, en *Medicina e Historia*, 15, 1972.

¹³ Pedro Carasa Soto, *El sistema hospitalario español en el siglo XIX*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 1985, pp. 117-120.

se recoge en diversos documentos. Así, en Salamanca capital se habilitaron, por ejemplo, el Seminario o el Colegio del Arzobispo, mientras que en Ciudad Rodrigo se hizo lo propio con el Hospicio, el convento de San Francisco o las paneras del de los Agustinos. Y, en cuanto al aprovisionamiento tanto de estas instalaciones provisionales como de los hospitales verdaderos, se instaba al pueblo a colaborar con colchones, mantas, sábanas, comida y dinero. Se organizaban además actividades, como obras de teatro por ejemplo, con el fin de ofrecerle a los hospitales lo que se recaudara de las entradas. Cuando, a pesar de todo esto, una ciudad ya estaba absolutamente congestionada por la afluencia de heridos, estos se intentaban desviar hacia otras poblaciones más alejadas, improvisándose las “ambulancias” para su transporte: a bordo de acémilas o, generalmente, en carros, que se confiscaban para los traslados.

5. Enfermar y morir de hambre y miseria

Si difícil resultó montar hospitales o conseguir camas en que atender a los enfermos y heridos, más lo fue todavía vivir en ellos, sobre todo en los improvisados, muchos de los cuáles se instalaron en edificios que previamente habían servido como cuarteles, por lo que resulta fácil comprender que sus condiciones higiénicas eran mínimas. También lo eran las puramente médicas, por la falta de material sanitario, la escasez de medicamentos, la imposibilidad de aislar a los enfermos más contagiosos, etc. Por otro lado, las mantas y los colchones no se aireaban nunca, las sábanas no se cambiaban de un enfermo para otro y los locales no se ventilaban; era casi imposible poder proporcionar alimentos y calor a tan alto número de personas, de modo que en medio de tanta miseria lo único que realmente abundaba eran los piojos, responsables, como veremos enseguida, de la enfermedad que más víctimas se cobró en esta guerra: el tifus exantemático o "fiebres heroicas", como se la conocía por entonces.

Cualquier guerra constituye una situación excelente para el desarrollo de enfermedades, sobre todo de aquellas más relacionadas con la falta de higiene, mala alimentación y exposición a los rigores del clima, factores éstos que actúan sobre unos cuerpos previamente debilitados por el exceso de ejercicio físico y la escasez de descanso. Así ocurrió en esta contienda en que los problemas económicos fueron tan graves y la miseria tan mortífera que las infecciones y el hambre se cobraron más víctimas que las armas de fuego, de manera que las bajas por enfermedad superaron diez veces a los

heridos. Entre tales enfermedades se encontraban la popular sarna o las disenterías, causadas por el consumo de aguas en mal estado o por la mala alimentación; una mala alimentación que afectaba tanto a los soldados como a la población civil y que llevaba asimismo a los procesos carenciales, especialmente el escorbuto y el beri-beri. Todos ellos -población civil y militares- podían verse afectados, además, por fiebres inespecíficas de etiología diversa, fiebre tifoidea, epidemias ocasionales de viruela, afecciones respiratorias o las clásicas enfermedades venéreas; a lo que en territorios con un clima como el que tenemos por aquí, se añadirían las congelaciones de miembros o extremidades distales, documentadas en nuestro país para esta guerra, en zonas de los antiguos reinos de León, de Castilla y de Aragón.

Pero, como lo adelantábamos, entre todos los procesos que aquejaron a los soldados durante esta guerra merece un comentario especial el tifus, una enfermedad temible, causada por la bacteria *Rickettsia prowasekii*, responsable del tifus epidémico y hemorrágico, aunque existe también una *Rickettsia quintana*, que origina la llamada “fiebre de las trincheras”. Ambas bacterias se transmiten a través de piojos, por lo que el tifus es una enfermedad ligada como ninguna otra al hambre y a la miseria: si el hambre conduce a un estado próximo a la inanición en que la resistencia a las infecciones, tanto la específica como la inespecífica, está disminuida, la miseria, con la falta de higiene que conlleva, prepara el mejor de los terrenos para la propagación de los piojos, que son, como hemos señalado, los encargados de transmitir la enfermedad. Por ofrecer sólo un dato que nos permita entender los estragos que causó este proceso, sólo diremos que en el segundo sitio de Zaragoza se calcula que murieron en la ciudad 53800 personas, entre civiles y militares, de las que 47800 lo habrían hecho a causa del tifus exantemático y tan sólo 6000 serían por bajas en combate. Hasta Larrey contrajo el tifus durante su estancia en España y estuvo a punto de fallecer.¹⁴

¹⁴ Para hacerse una idea bastante fiel sobre cuáles eran las condiciones higiénicas, así como las enfermedades que aquejaban a los soldados, particularmente el tifus, Vid. por ejemplo, Anónimo, *Discurso económico-político sobre los Hospitales en campaña*, [Anónimo atribuido a A. Hernández Morejón], Valencia, Salvador Fauli, 1814; Manuel Codorniu, *Instrucciones higiénicas*, Madrid, Imprenta Nacional, 1836; o Manuel Codorniu, *El tifus castrense y civil*, Madrid, Fuentenebro, 1838.

La conjunción de unos y otros factores consiguió que la mortalidad hospitalaria llegara a ser muy elevada, aunque la extrahospitalaria fue similar: hambre y miseria, resultado del vaciamiento de las “despensas” que las ciudades soportaron, consecutivas a las diferentes requisas llevadas a cabo para abastecer a todos los ejércitos de uno y otro bando; hambre y miseria que avocaron a muchos ciudadanos a tener que vivir de la mendicidad y que consiguieron, por ejemplo, entre los niños expósitos una mortalidad superior al 90%. El conflicto le costó a España una pérdida de población de unos 215.000 a 375.000 habitantes entre los que murieron y los que no nacieron a causa de la guerra, pues al inicio del conflicto los jóvenes en edad casadera, entre 16 y 25 años, se alistaron en bloque y murieron también de este modo en las derrotas de 1808-1809. La pérdida de estas personas afectó seriamente al crecimiento de la población española todavía mucho tiempo después, ya que no solamente se perdió una generación entera de nacimientos, sino también los hijos potenciales de estos que no nacieron y así sucesivamente.¹⁵

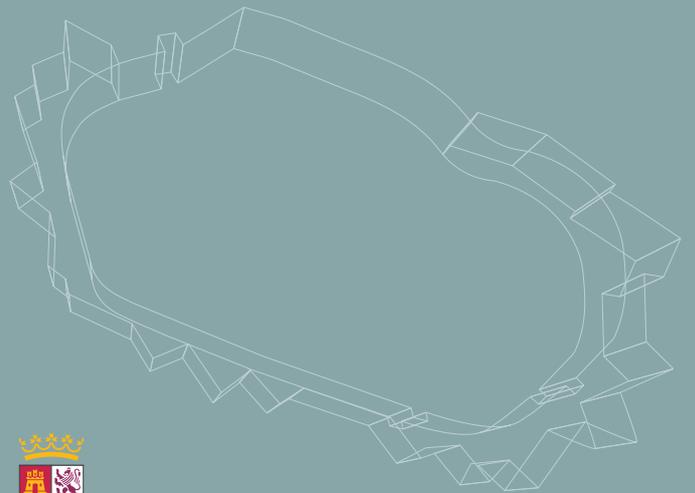
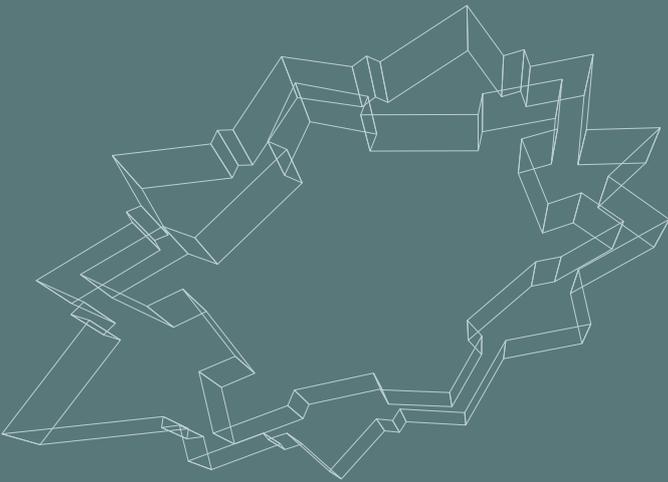
Fue una guerra en definitiva que tuvo para nuestro país consecuencias nefastas en todos los ámbitos, también en el sanitario. Y aunque sirvió para iniciar un nuevo periodo en nuestra historia cerrando las puertas al antiguo régimen, lamentablemente no trajo consigo la concordia entre los españoles, que perdieron una ocasión preciosa para sentar las bases de una nación moderna y cohesionada de cara al futuro.

¹⁵ Ronald Fraser, ob. cit., pp. 758-759.

1810
2010

ALMEIDA

CIUDAD
RODRIGO



es vida



Junta de
Castilla y León



Câmara Municipal
de Almeida



Ayuntamiento
de Ciudad Rodrigo



UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA



UNIVERSIDAD
DE BURGOS