

ANÁLISIS HISTÓRICO-MÉDICO DE LA CAMPAÑA DE SIR JOHN MOORE EN LA GUERRA DE LA INDEPENDENCIA (1808-1809): DE LA MARCHA DE LA MUERTE A LA FIEBRE ESPAÑOLA

Javier FERNÁNDEZ CASTROAGUDÍN¹

RESUMEN

La campaña del ejército expedicionario británico comandado por el general Sir John Moore en los inicios de la Guerra de la Independencia española (1808-1809) es menos conocida que la posterior dirigida por el general Arthur Wellesley, futuro Lord Wellington. Ello puede deberse a su menor duración, al fracaso en la consecución de sus objetivos y al desenlace en forma de una marcha en terribles condiciones atmosféricas y de abastecimiento, con una acción ofensiva (Sahagún), diversas acciones de retaguardia (Benavente, Cacabelos, Lugo) y una batalla final en A Coruña el 16 de enero de 1809 para proteger el reembarque de las tropas británicas, en la cual el propio Sir John Moore encontró la muerte. El objetivo de este estudio es analizar por un lado la organización de los servicios médicos militares británicos al inicio de la campaña peninsular, y su papel en la retirada de la fuerza expedicionaria británica, el reembarque en los puertos de Vigo y A Coruña

¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor Asociado de Ciencias de la Salud. Departamento de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela. javier.fernandez2@usc.es

y el traslado por mar a Gran Bretaña. Por otro lado, se analizarán desde el punto de vista histórico-médico el número y las causas de las bajas evacuadas tras su desembarque en los puertos ingleses, con especial atención a la identificación de las entidades causantes de los distintos cuadros clínicos, sus pautas de tratamiento y su impacto sobre la mortalidad. La información médica durante la campaña es, en general, fragmentaria, y procede en su mayor parte de correspondencia y memorias escritas por sus protagonistas, tanto médicos como militares. Sin embargo, las calamitosas condiciones en las que el ejército de Sir John Moore regresó de España tuvieron un considerable impacto en la opinión pública y en la comunidad médica y militar, lo que condujo a una notable actividad asistencial, administrativa y científica, para ofrecer las mejores atenciones a las tropas retornadas. Ello ha permitido evaluar como fuentes primarias los distintos registros, informes y descripciones realizados por los servicios médicos del ejército británico durante la recepción y asistencia de las tropas en los hospitales ingleses. Esta información se ha extraído de los artículos científicos publicados en las revistas médicas especializadas de la época, que proporcionan datos acerca del número de bajas, síntomas y signos de las enfermedades padecidas por los soldados, así como de los contagios acaecidos durante la permanencia y los cuidados en los centros sanitarios, hallazgos patológicos en las autopsias y los diferentes esquemas terapéuticos aplicados.

PALABRAS CLAVE: Guerra de la Independencia. Sir John Moore. Medicina militar. Tifus. Disentería.

ABSTRACT

The campaign of Sir John Moore's expeditionary army in the early Peninsular War (1808-1809) is less known than the one commanded by general Arthur Wellesley, the future Lord Wellington. The reasons may be its short duration, the failure to achieve its objectives, and the outcome in form of a retreat in terrible weather and logistic conditions, with an offensive action (Sahagún), some rear-guard skirmishes (Benavente, Cacabelos, Lugo), and a final battle in Corunna on January 16, 1809 in order to protect the embarkation of troops, and where Sir John Moore was mortally wounded. The objective of the present study is analyse the organization of the British military medical services at the beginning of Peninsular War, and their role during the expeditionary force's retreat, the embarkation in ports of Vigo and Corunna, and the seaborne return to Great Britain. Moreover,

the number and causes of evacuated casualties after landing in the English ports will be analysed from a historic and medical point of view, with special attention to identify the diseases correspondent to the diverse clinical cases, the schemes of treatments, and the impact on mortality rates. Medical information during the whole campaign is scarce and fragmented, and is mostly originated in correspondence and written memories of their participants, both doctors and military. Nevertheless, the calamitous conditions in which the Sir John Moore's army returned from Spain had a considerable impact in both public opinion and medical and military community. This led to a notable healthcare, scientific and administrative activity, in order to offer the best care to the returned troops, and allows to evaluate as primary sources the available records, reports and descriptions made by military medical services of British Army during reception and care of the troops in the English hospitals. The source of this information is the amount of published scientific papers in specialized journals. These provide data about number of casualties, symptoms and signs of diseases that afflicted the soldiers, contagions occurred during stay and attention of sick troops in hospitals, pathological findings in necropsies, and the diverse therapeutic schemes that were applied.

KEY WORDS: Peninsular War. Sir John Moore. Military medicine. Typhus. Dysentery.

* * * * *

INTRODUCCIÓN

La campaña del ejército expedicionario británico comandado por el general Sir John Moore en los inicios de la Guerra de la Independencia española (1808-1809) ha sido, en gran medida, y sobre todo en nuestro país, olvidada². Ello se debe a que ha sido parcialmente ensombre-

² La campaña de Sir John Moore en España y la batalla de Coruña o Elviña son acontecimientos poco conocidos en nuestro país, en comparación con otros sucesos de la guerra como el 2 de mayo, Bailén o Zaragoza. Los esfuerzos de la asociación histórico-cultural coruñesa The Royal Green Jackets y de anteriores corporaciones municipales han incrementado, no obstante, la difusión de la misma, incluso con la representación en varias ocasiones de la propia batalla con participación de grupos de recreación histórica españoles, británicos y franceses. Aunque de un modo más reducido, se continúa conmemorando este hecho en su aniversario ante la tumba de Sir John Moore y en el propio campo de batalla.

cida por la posterior y victoriosa campaña peninsular (1810-1814) dirigida por el general Sir Arthur Wellesley, futuro Lord Wellington, pero también a su menor duración, al fracaso en la consecución de sus objetivos teóricos («así acabó la primera campaña de Gran Bretaña en la Península: con honor, aunque de forma desastrosa», como hizo notar el general Charles Stewart)³, y al desenlace en forma de una marcha de más de 480 kilómetros en terribles condiciones atmosféricas y de abastecimiento, con diversas acciones de retaguardia y una batalla final en A Coruña el 16 de enero de 1809 para proteger el reembarque de las tropas británicas, acción en la que el propio Sir John Moore encontró la muerte⁴. Sin embargo, en aquel tiempo, el lamentable estado en que el ejército reembarcado arribó a Gran Bretaña causó un profundo impacto en la opinión pública, y la figura de Moore, aunque inicialmente considerada culpable del destino de las tropas, fue posteriormente reivindicada, así como las importantes consecuencias derivadas del devenir de su campaña⁵.

El objetivo de este estudio es analizar la organización de los servicios médicos británicos al inicio de la campaña peninsular (1808-1809), y su papel en la retirada del ejército británico y el reembarque en los puertos gallegos en el contexto de la citada campaña. Asimismo, se analizarán desde el punto de vista histórico-médico los registros y descripciones de las bajas evacuadas tras su desembarque en los puertos ingleses, con especial atención a la identificación de las entidades causantes de los distintos cuadros clínicos, sus pautas de tratamiento y su impacto sobre la mortalidad. Cabe destacar que, aunque la información acerca de los aspectos militares de la campaña y sus acciones es considerable, la relativa a las pérdidas del ejército por combate, enfermedad, congelación o fatiga durante la retirada, aparte de los prisioneros tomados por el ejército francés, es más fragmentaria e incompleta. De hecho, la información más completa y válida proviene de los registros sanitarios efectuados tras el reembarque de las tropas y su llegada a Gran Bretaña, siendo mucho más difícil establecer las heridas, enfermedades y muertes acaecidas a lo largo de la campaña, sobre todo en la caótica retirada.

³ LONDONDERRY GCB, GCH, Marquess of: *Story of the Peninsular War*. Willis and Sotheran, Londres, 1856, p. 141. Charles William Stewart (1778-1854), 3.º Marqués de Londonderry desde 1822, mandó una brigada de caballería en la campaña, y fue posteriormente ayudante de Sir Arthur Wellesley en España hasta 1813.

⁴ YAQUE LAUREL, José A. «La retirada de Sir John Moore el año 1808», en *Revista de Historia Militar*, n.º 6, 1960, pp. 37-54.

⁵ SUMMERVILLE, Christopher: *La marcha de la muerte. La retirada a La Coruña de sir John Moore, 1808-1809*. Inédita, Barcelona, 2006, pp. 200-206.

Hasta donde es posible conocer, este es el primer análisis histórico-médico de la campaña peninsular de Sir John Moore en el ámbito de la literatura científica en lengua española, siendo asimismo relativamente escasas las descripciones realizadas en lengua inglesa.

LA CAMPAÑA PENINSULAR DE SIR JOHN MOORE (1808-1809)

En el verano de 1808, tras la derrota del ejército francés del general Dupont en Bailén (19 de julio) y la expulsión del ejército francés de Portugal tras la victoria británica del general Wellesley sobre el general Junot en Vimeiro (21 de agosto), el controvertido convenio de Sintra y la huida de José Bonaparte de Madrid, la situación parecía adecuada para que los ejércitos españoles, en colaboración con las tropas expedicionarias británicas, expulsasen definitivamente a los franceses de la Península Ibérica. Con este fin, se organizó un ejército de unos 5000 soldados de caballería y 30.000 de infantería (de los que 10.000 deberían quedar en Portugal como guarnición) que el 6 de octubre de 1808 se puso al mando del general escocés Sir John Moore. A este ejército se unirían posteriormente 12.000 hombres al mando de Sir David Baird, que se dirigían desde A Coruña hacia Salamanca. La misión del ejército expedicionario consistía en operar «en el norte de España para cooperar con el ejército español en la expulsión de los franceses de este reino»⁶. Este objetivo difuso era prácticamente imposible de conseguir, toda vez que ni en Londres ni en el propio estado mayor de Moore se conocía la situación o composición de los ejércitos españoles, ni se había establecido forma alguna de coordinar sus acciones. Adicionalmente, con la toma del mando de las tropas francesas por el propio Napoleón Bonaparte y el envío de refuerzos a España, la situación era, cuando menos, poco halagüeña⁷. Para finalizar, se iniciaba la campaña bien entrado el otoño, lo que tendría, a la larga, funestas consecuencias.

Es durante la estancia del ejército de Sir John Moore en Salamanca (del 13 de noviembre al 13 de diciembre) cuando se hace patente la imposibilidad de coordinación con los ejércitos españoles, recibiendo continuamente noticias vagas y contradictorias, cuando no claramente falsas, sobre

⁶ Carta From Lord Castlereagh to Sir John Moore (Londres, 25 de septiembre de 1808), en MOORE, James C.: *Narrative of the Campaign of the British Army in Spain, Commanded by His Excellency, Lieutenant-General Sir John Moore*. K.B. Londres, 1809, Appendix p. 3.

⁷ SUMMERVILLE, Christopher: *op.cit.*, p. 21.

la situación general. A ello se une el conocimiento de la llegada de Napoleón a Valladolid, a sólo 112 kilómetros de Salamanca, al frente de un ejército de 80.000 hombres, y la derrota y dispersión del ejército español del general Castaños en Tudela. Aislado, y con la posibilidad de verse rodeado y bloqueado por fuerzas superiores, Sir John Moore comienza a valorar la posibilidad de una retirada, inicialmente a sus bases en Portugal. Sin embargo, el 9 de diciembre, tras conocer la noticia de la caída de Madrid, es informado también de los sucesivos alzamientos en el sur de España y las pérdidas francesas en la zona de Zaragoza (que finalmente resultaron ser mínimas en el transcurso de una escaramuza) y, dos días después de abandonar Salamanca, el 15 de diciembre, conoce, por medio de un emisario francés interceptado, de la presencia del II Cuerpo francés al mando del mariscal Soult en la zona de Carrión, y que este suponía equivocadamente al ejército expedicionario británico camino de Portugal. Moore decide aprovechar esta oportunidad de enfrentarse y eventualmente derrotar a un Cuerpo francés, atrayendo sobre sí la atención de las fuerzas francesas y aliviando la presión sobre el sur de España, siendo beneficios no menores el mantener el honor de las armas británicas, que hasta ahora habían permanecido inactivas, y elevar la moral de las tropas.⁸ Como consecuencia, el 20 de diciembre, y sobre un terreno nevado, las brigadas de húsares del general Lord Henry Paget sorprenden en Sahagún a 500 jinetes al mando del general Debelle y que constituían las avanzadillas de la fuerza de Soult, infligiendo 120 bajas y tomando 150 prisioneros⁹. Pero es en el proceso de avanzar hacia Carrión para enfrentarse al grueso del cuerpo de Soult, que un despacho del general español Marqués de La Romana, que se encontraba con un pequeño ejército en la zona de Mansilla, le informa de la salida de un ejército de 40.000 hombres desde Madrid al mando del propio Napoleón camino de los pasos de la Sierra de Guadarrama en dirección a León¹⁰. Ahora ya definitivamente enfrentado a fuerzas superiores y con la posibilidad de ver su retirada cortada, toma la decisión final de retirarse a la zona de Astorga, intentando salvaguardar el ejército a su mando y, como efecto colateral, atraer el grueso de las tropas francesas en su persecución, proporcionando tiempo adicional a las fuerzas españolas en el sur.

Comienza en este momento una lenta y penosa retirada, en unas condiciones atmosféricas terribles (precipitaciones de lluvia y nieve y bajas temperaturas), sobre caminos embarrados, con problemas cada vez más

⁸ *Ibidem*, pp. 35-42.

⁹ HAYTHORNTHWAITE, Philip: *Corunna 1809. Sir John Moore's fighting retreat*. Osprey Publishing, Oxford, 2001, pp. 30-40.

¹⁰ Christopher SUMMERVILLE: *op.cit.*, pp. 46-47.

graves de abastecimiento, agravados por una absoluta falta de coordinación (para evitar la captura por parte del enemigo se llegaron a destruir grandes cantidades de provisiones, ropa y zapatos cuando los soldados marchaban hambrientos, andrajosos y descalzos)¹¹ y con una progresiva desmoralización de las tropas que poco a poco fueron cayendo en la indisciplina, produciéndose conatos de rebeldía, desobediencia, pillaje y violencia contra civiles, enseres e inmuebles. Este estado de indisciplina, que afectó sobre todo a las divisiones de vanguardia de la fuerza de Moore, se debió en gran parte a la baja moral ante la continua retirada frente al enemigo perseguidor y a las penurias de la marcha, agravadas por el convencimiento de haber sido abandonados, e incluso traicionados, por los españoles a los que habían venido a ayudar¹². Sin embargo, hay que recordar que estos actos iban a ser un prelude de episodios más violentos, como los acaecidos años después tras los asedios de Badajoz (1812) y San Sebastián (1813).

En Astorga, ocupada por el ejército del Marqués de la Romana, que se encontraba en un estado más calamitoso si cabe que el británico, con 10.000 hombres hambrientos y enfermos, Sir John Moore decide, ante la cercanía de las tropas perseguidoras y la absoluta falta de apoyos, continuar la retirada hacia las montañas de Galicia y proceder al reembarque del ejército en los buques de la *Royal Navy* que esperaba aguardaran en los puertos de Vigo y A Coruña. La denominada «marcha de la muerte» a través de los nevados pasos de montaña entre Galicia y León con temperaturas bajo cero y en condiciones miserables va a dar lugar a escenas dantescas de sufrimiento, enfermedad y muerte de soldados y animales, sin olvidar el sufrimiento añadido de los civiles acompañantes que incluían un número importante de niños y mujeres (esposas, cantineras, seguidoras), varias de ellas embarazadas, algunas de las cuales dieron a luz durante la retirada¹³. Incapaces de estimular, obligar o ayudar a los rezagados (algunos de ellos ebrios, tras asaltar viviendas o depósitos que contenían vino o licor), estos quedaban a merced de los perseguidores franceses (que no siempre mostraban piedad),

¹¹ *Ibidem*, pp. 79-80.

¹² *Ibidem*, pp. 54-55. Carta From Sir John Moore to Lord Castlereagh (Astorga, 31 de diciembre de 1808), en MOORE, James C.: *op. cit.*, Appendix pp. 127-130. Véase Appendix pp. 127-130. Véase también OMAN, Charles. *A History of the Peninsular War*, Vol. I. Clarendon Press, Londres, 1902, pp. 555-556.

¹³ *Ibidem*, pp. 119-135, p. 158. Antes del inicio de la campaña se habían impartido órdenes prohibiendo que las aproximadamente 1.200 mujeres y niños acompañaran a la fuerza expedicionaria, para evitarles las penurias de la misma y ante la posibilidad, posteriormente hecha realidad, de que se cortaran las comunicaciones con las bases en Portugal. No obstante, esta orden fue desobedecida por los oficiales en su mayor parte. Véase también CIFUENTES CUENCAS, Margarita. «Mujeres y ejército en tiempos de Napoleón», en *Revista de Historia Militar*, n.º 129, 2021, pp. 69-72.

de los lugareños sedientos de revancha o del frío¹⁴. La retirada desde Sahagún se vio salpicada por diversas acciones de retaguardia en la que los británicos llevaron la mejor parte, como en Benavente, Cacabelos o Lugo, donde Soult, ante el ejército británico desplegado en posiciones ventajosas, decide, tras un breve tanteo, no atacar¹⁵.

Finalmente, la mejoría de la climatología y de los abastecimientos una vez alcanzada la meseta lucense permitió un avance rápido y en relativo orden hacia Betanzos y A Coruña, ciudad esta última que alcanzan el 11 de enero de 1809. Tras una acción retardatriz que incluyó la voladura del puente de O Burgo sobre el río Mero, Sir John Moore despliega sus tropas en las colinas de las afueras de A Coruña e inicia los preparativos para el reembarque de las tropas. El mariscal Soult despliega sus fuerzas, que se encuentran en un estado similar de fatiga y sufrimiento tras la forzada persecución, en los altos exteriores a la ciudad enfrente de las británicas, e inicia su asalto el 16 de enero. Tras pérdidas importantes –se estiman en 700-800 bajas británicas, incluyendo al general Moore, y 1200 francesas– el ejército británico fue capaz de mantener sus posiciones y asegurar, de esta forma, el reembarque de las tropas, que fue llevado a cabo con relativo buen orden, zarpando los buques del 17 al 18 de enero¹⁶. Las brigadas ligeras, destacadas el 31 de diciembre y desviadas a Vigo para mejorar las condiciones logísticas de la fuerza principal, lograron asimismo reembarcar antes del 21 de enero¹⁷.

*EL ARMY MEDICAL DEPARTMENT: LA ORGANIZACIÓN
DE LOS SERVICIOS MÉDICOS EN EL EJÉRCITO BRITÁNICO
EN EL INICIO DE LAS CAMPAÑAS PENINSULARES (1808-1809)*

Organización del Departamento Médico del Ejército británico

El control administrativo del Departamento Médico del Ejército británico recaía en el denominado Comité Médico del Ejército (*Army Medical Board*). Este comité estaba artificialmente dividido en tres secciones independientes, entre las cuales existía competencia e incluso rivalidad personal, e incluían el *Physician-General* (Médico General; durante la campaña de

¹⁴ Christopher SUMMERVILLE, *op.cit.*, pp. 99-106.

¹⁵ HAYTHORNTHWAITE, Philip: *op.cit.*, pp. 63-64.

¹⁶ *Ibidem*, pp. 66-88.

¹⁷ SUMMERVILLE, Christopher: *op.cit.*, pp. 194-196.

Moore en la península figuraba en el cargo Sir Lucas Pepys), el *Surgeon-General* (Cirujano General Thomas Keate) y el *Inspector of Army Hospitals* (Inspector de los Hospitales del Ejército Francis Knight). Estos cargos eran elegidos entre personalidades civiles, que no tenían prácticamente ningún conocimiento militar¹⁸. En 1804 existían dos grandes hospitales generales en Gran Bretaña, el de York en Chelsea y el de las tropas de Hannover (Legión Alemana del Rey) en Ealing, y se habían abierto nuevos hospitales en Plymouth, Gosport, Yarmouth, Chatham, Deal, Dunmow y Edinburgo, aparte de numerosos depósitos y almacenes. Sin embargo, por motivos presupuestarios, el Inspector General Francis Knight ordenó el cierre de todos los hospitales generales excepto el de Chelsea, el de Ealing y el de Chatham, que fue trasladado a la isla de Wight. Esta decisión tendría, como se verá posteriormente, importantes consecuencias en la recepción del ejército expedicionario tras su regreso de la Península¹⁹.

En campaña, la atención a los heridos y enfermos recaía en dos grupos de oficiales, el *staff* médico y el personal médico de los regimientos. El *staff* médico trabajaba en los hospitales generales, que se instalaban en bases fijas (como en Lisboa al inicio de la campaña peninsular) o en localidades donde el ejército se mantenía estático o a lo largo de las líneas de comunicación (como en las ciudades portuguesas de Abrantes, Almeida y Elvas)²⁰. Sus funciones incluían las propiamente sanitarias, pero también administrativas, e incluían entre el personal a médicos, cirujanos, administradores, farmacéuticos, intendentes (*purveyors*) y asistentes de hospital (*hospital mates*), estando bajo el mando directo del Inspector de los Hospitales. El *staff* médico era nombrado por el Comité, generalmente por delante de oficiales regimentales que, por el contrario, disponían de mayor experiencia en campaña. De hecho, se criticó la falta de conocimientos y experiencia, tanto médica como de la vida militar, de este personal, llegándose a afirmar que en los primeros años de las campañas peninsulares el personal médico de los hospitales generales en Portugal fue inadecuado en su mayor parte²¹. Tam-

¹⁸ KEMPTHORNE, Gerard A: «The Medical Department of Wellington's Army, 1809-1814» (1.ª parte), en *Journal of the Royal Army Medical Corps*, vol. 54, n.º 1, 1930, pp. 65-66. HOWARD, Martin R. «Medical aspects of Sir John Moore's Corunna Campaign», en *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 84, n.º 5, 1991, p. 299.

¹⁹ KEMPTHORNE, Gerard A.: «The Army Medical Services at Home and Abroad, 1803-1808» (1.ª parte), en *Journal of the Royal Army Medical Corps*, vol. 61, n.º 2, 1933, pp. 144-145.

²⁰ Id.: «The Army Medical Services at Home and Abroad, 1803-1808» (2.ª parte), en *Journal of the Royal Army Medical Corps*, vol. 61, n.º 3, 1933, p. 231.

²¹ KEMPTHORNE, Gerard A.: «The Medical Department...», p. 66.

bién se criticó la gestión de estos hospitales generales, con bajos estándares de higiene y disciplina, congestionados y hacinados²². De esta forma, la mayor parte de la tarea recayó en los ya sobrecargados hospitales y oficiales regimentales.

Por su parte, los oficiales médicos regimentales mantenían comisiones en los citados regimientos y estaban bajo el mando directo del coronel al frente del mismo. Cada batallón disponía de un cirujano y de dos cirujanos asistentes. Aunque los servicios médicos regimentales estaban en general bien considerados («*Regimental Surgeons as a whole were regarded as a meritorious and devoted body of men, and the regimental system was a popular one*»)²³, los hospitales regimentales no tenían medios propios para asegurar su movilidad, y por lo tanto, los heridos y enfermos tenían que ser alojados en los edificios, en muchas ocasiones eclesiásticos, de las poblaciones cercanas a la vía de marcha del ejército²⁴. Estos hospitales regimentales se acababan transformando en hospitales generales al acumular en un punto fijo un número importante de pacientes y convalecientes, siempre a cargo del personal médico regimental. Además, a menos que se pudiera disponer de hospitales escalonados a lo largo de la línea de marcha del ejército, los enfermos y heridos más leves forzosamente tenían que acompañar a las tropas en movimiento. Esto adquirió más importancia en la campaña de Moore, ya que, una vez rota la cadena de evacuación, se debieron abandonar, a merced de las tropas francesas, a aquellos considerados demasiado graves para acompañar al ejército en retirada.

Debe aclararse que el hospital general no funcionaba como un escalón médico de retaguardia donde proporcionar cuidados médico-quirúrgicos más avanzados a los heridos provenientes de los hospitales regimentales, al estilo de los hospitales de campaña de las guerras del siglo XX, sino como un «depósito» de enfermos y heridos para mantener los mismos cuidados hasta que el soldado pueda ser trasladado más a retaguardia, reincorporarse al servicio o, eventualmente, fallecer. Este sistema era claramente ineficiente. Por un lado, la considerable longitud de la cadena de evacuación entre el ejército en movimiento y los hospitales generales fijos obligaban a establecer convoyes de enfermos y heridos que, aparte de realizar el viaje en condiciones penosas, reducían el capital humano de los servicios médicos regimentales al tener que proporcionar personal sanitario para el cuidado de los mismos. Adicionalmente, se reducía el potencial de combate del ejército

²² Íd: «The Medical Department of Wellington's Army, 1809-1814» (2.ª parte), en *Journal of the Royal Army Medical Corps*, vol. 54, n.º 2, 1930, p. 131.

²³ Íd, «The Medical Department...», p. 65.

²⁴ *Ibidem*, p. 69. HOWARD, Martin R.: *op.cit.*, p. 299.

al dotar de escolta a los convoyes en ambas direcciones y al alejar considerablemente a los enfermos y heridos de sus unidades, prolongando el tiempo de ausencia en la línea del frente. Ello se veía agravado por la baja disciplina imperante en los convoyes sanitarios y en los hospitales generales donde los soldados, alejados temporalmente de sus oficiales (los oficiales médicos no tenían poder disciplinario), tendían a la desobediencia, a la ebriedad²⁵ y a la desertión²⁶.

Aspectos médico-sanitarios en el inicio de las campañas peninsulares

Aunque se habían experimentado ciertas mejoras, las condiciones sanitarias e higiénicas a finales del siglo XVIII y principios del XIX eran claramente deficitarias. Incluso en tiempo de paz y con el ejército acantonado en su base permanente (la responsabilidad de la higiene y salud del personal militar en los acuartelamientos era responsabilidad de los oficiales médicos regimentales)²⁷, existían claras deficiencias en cuanto al suministro de agua potable, instalaciones para el baño, eliminación de residuos, ventilación, limpieza y áreas de esparcimiento, dando lugar a situaciones de extremo hacinamiento donde se desarrollaban y propagaban con rapidez enfermedades transmisibles por vía aérea, como la tuberculosis o enfermedades transmitidas por artrópodos del género *Pediculus*, generalmente la especie *Pediculus humanus corporis* o piojo de las vestiduras²⁸. Estas condiciones se deterioraban rápidamente en campaña, donde se añadían las bajas por heridas de combate, las dificultades de aprovisionamiento, la absoluta falta de higiene de personas y alimentos, las condiciones climatológicas o la falta de espacio.

Se debe tener en cuenta que la medicina y la cirugía de la época se encontraban en una fase pre-antiséptica, pre-antibiótica y pre-anestésica, disponiendo, por tanto, de escasas opciones terapéuticas tanto médicas como quirúrgicas, acorde con los conocimientos «rudimentarios» de la época y que explica el hecho de que las muertes por enfermedades o complicaciones infecciosas igualasen, e incluso superasen, a las producidas durante el

²⁵ Íd. «Red jackets and red noses: alcohol and the British napoleonic soldier», en *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 93, n.º 1, 2000, pp. 40-41.

²⁶ KEMPTHORNE, Gerard A.: «The Medical Department...», pp. 70-72.

²⁷ *Ibidem*, p. 69.

²⁸ Íd. «The Army Medical Services...», pp. 144-146.

combate²⁹. Asimismo, la falta de conocimientos epidemiológicos favorecía la transmisión de las enfermedades, al no separar físicamente las bajas por heridas de guerra de los enfermos. Adicionalmente, y a diferencia del ejército francés, donde el cirujano general Jean Dominique Larrey instituyó un sistema de ambulancias volantes³⁰, el ejército de Sir John Moore no dispuso de un cuerpo de ambulancias, teniendo que trasladar a heridos y enfermos en mulas, asnos o carromatos tirados por mulas y bueyes³¹. Estos, que viajaban a dos millas por hora por caminos irregulares, embarrados o nevados, en general sin suspensión de ningún tipo, causaban grandes sufrimientos a los heridos, y muchas veces estos ni siquiera eran desembarcados de los mismos por falta de espacio en los edificios que hacían de hospitales regimentales. En ocasiones eran incluso abandonados por los conductores portugueses o españoles, que se llevaban con ellos animales y enseres³². No existía tampoco un cuerpo de enfermeras, estando los cuidados de este tipo a cargo de esposas, seguidoras, voluntarias civiles o soldados inválidos o convalecientes en los hospitales.

Las maniobras terapéuticas de la época eran muy variables, y dependían de la experiencia y conocimientos del profesional responsable de la atención a los heridos y enfermos a su cuidado. Entre las medicinas disponibles se ha descrito el empleo de preparados antimoniales y mercuriales (calomelanos), amoníaco, acetato de plomo por vía oral y rectal, eméticos como la ipecacuana, opio, purgantes, alcanfor, enemas de almidón, cordiales y estimulantes (incluyendo vino y bebidas espirituosas). Remedios más exóticos incluían la administración de corteza de quina³³ y telarañas, gozando

²⁹ En la subsiguiente expedición británica, en la que participaron veteranos de la campaña peninsular de Moore, esta vez a la isla de Walcheren, con el fin de ocupar el puerto Flushing en el Mar del Norte, el ejército fue retirado tras sufrir 4000 bajas por enfermedad, frente a únicamente 106 derivadas del combate. Véase KEMPTHORNE, Gerard A.: «The Walcheren Expedition and the Reform of the Medical Board, 1809», en *Journal of the Royal Medical Corps*, vol. 62, n.º 2, 1934, pp. 133-138. HOWARD, Martin R.: «Walcheren 1809: a medical catastrophe», en *British Medical Journal*, vol. 319, n.º 7225, 1999, pp. 1642-1645.

³⁰ HERNÁNDEZ GARCÍA-GALLARDO, Diego: *La Cirugía en la guerra. Hitos terapéuticos a lo largo de la historia de los conflictos bélicos*. Galland Books, Valladolid, 2019, pp. 29-36. HAYTHORNTHWAITE, Philip: *Napoleon's Specialist Troops*. Osprey Publishing, Oxford, 1988, pp. 20, 38-39 y 46. El ejército británico en la Península no dispondría de ambulancias hasta bien avanzada la posterior campaña del General Wellesley.

³¹ HOWARD, Martin R.: «Medical aspects...», p. 299.

³² KEMPTHORNE, Gerard A.: «The Army Medical Services...», p. 232.

³³ La corteza del árbol de la quina (género Cinchona) se aplicaba ya con fines terapéuticos en la América precolombina y su uso se extendió posteriormente a Europa, empleándose como antipirético y analgésico, así como en el tratamiento de la malaria. En 1820 se aisló el elemento químico con actividad anti-palúdica, la quinina.

esta última de fama en el tratamiento de la «disentería crónica». Entre los tratamientos físicos se abogaba tanto por los baños en agua fría como con agua caliente, así como friegas con una mezcla de agua y vinagre. Evidentemente estaban omnipresentes las sangrías o flebotomías mediante venisección, que seguían considerándose una medida terapéutica de gran eficacia³⁴. El tratamiento quirúrgico se limitaba al sondaje y extracción de proyectiles y metralla, la hemostasia mediante ligadura y la amputación de miembros, aunque no deben olvidarse las técnicas de sutura, vendajes y colocación de férulas para fracturas y luxaciones³⁵.

ENFERMEDADES Y BAJAS SUFRIDAS POR LA FUERZA EXPEDICIONARIA BRITÁNICA

La retirada y la «marcha de la muerte»

Aunque el ejército de Sir John Moore permaneció, como se ha visto, un mes en Salamanca, no se estableció en esta ciudad un hospital general al haber considerado previamente que la estancia iba a ser corta. Ello produjo una sobrecarga de trabajo para los servicios médicos regimientales, que se establecieron en un edificio eclesiástico en malas condiciones de suministros, escasa o nula higiene y con cuidados precarios³⁶. Se estima que a principios de diciembre el número de enfermos (el ejército no había participado todavía en ninguna acción de combate) alcanzaba los 4.000. De ellos, 1.500 fueron trasladados a Lisboa, mientras los 2.500 restantes acompañaron al ejército en su marcha. Tras la acción en Sahagún el 20 de diciembre y la decisión definitiva de retirada, Moore entra con su ejército en Astorga el 29

³⁴ El doctor Clarke, que se hizo cargo de los pacientes ingresados en el Hospital General a su regreso de España, y que contrajo la «fiebre», se recuperó, según él, gracias a haber sido sometido a nueve sangrías, con un total de 3500 cc de sangre extraída.

³⁵ KEMPTHORNE, Gerard A.: «The Medical Department...», p. 67. GUTHRIE, George J.: *On gun-shot wounds of the extremities requiring the different operations of amputation*. Londres, Longmans, 1815. Íd. *Commentaries on the Surgery of the War in Portugal, Spain, France, and the Netherlands*. J.B. Lippincot, Philadelphia, 1862 (6.ª ed.). El doctor George James Guthrie (1785-1856) comenzó la guerra peninsular como cirujano del 29 Regimiento, y participó, entre otras, en las batallas de Roliça, Vimeiro, Talavera, Albuera y en los asedios de Olivenza y Badajoz. Fue muy crítico con la escasa calidad de la asistencia prestada en los Hospitales Generales, y defendió el tratamiento conservador frente a lo que consideraba un número innecesario de amputaciones. Fue designado Inspector adjunto de Hospitales en 1812 y finalizó la guerra en Toulouse en 1814. Véase WATTS, J.C.: «George James Guthrie, Peninsular Surgeon», en *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 54, n.º 9, pp. 765-767.

³⁶ HOWARD, Martin R.: «Medical aspects...», p. 299.

de diciembre, encontrándolo ocupado por las fuerzas españolas del general Marqués de la Romana³⁷. El estado de este ejército era lamentable, afectado por el hambre y la enfermedad, con casos de tifus y hacinados en casas y conventos sin apenas cuidados médicos o quirúrgicos³⁸. Aunque se hicieron esfuerzos por separar a los soldados británicos de los españoles enfermos, es plausible que la cohabitación de los dos ejércitos en una ciudad como Astorga (en total 35.000 hombres) tuviera un impacto en la prevalencia de enfermedades infecciosas en el ejército en retirada.

Tras abandonar Astorga las condiciones meteorológicas empeoraron, lo que, aparte de aumentar las penurias de unos hombres agotados, hambrientos y cubiertos de harapos, deterioró el transporte de los heridos, debido a la dificultad de movilizar los carromatos y a la muerte de los animales de tiro. El frío, el hambre, el agotamiento y las enfermedades hicieron estragos entre los soldados y los civiles acompañantes, empeorado por el caos reinante y la indisciplina que afectó a algunas unidades, y que afectó a la capacidad de proporcionar abastecimientos y cuidados médicos. El doctor Adam Neale, que dejó una crónica de la campaña de A Coruña, describió vívidamente el sufrimiento acaecido en el trayecto entre Villafranca y Pedrafita³⁹:

«Este país estaba ahora cubierto profundamente de nieve. No había provisión o refugio de la lluvia, ni combustible seco para nuestros fuegos, ni lugar donde los cansados y aquellos con los pies llagados pudieran descansar un solo día con seguridad. Todo lo que habían sufrido hasta ahora nuestras tropas no era sino un prelude a esta consumada escena de horrores. Todavía se intentó avanzar con nuestros enfermos y heridos; las bestias que los transportaban fallaron, y fue necesario abandonarlos en sus carromatos para que perecieran entre las nieves. Cuando miramos alrededor tras ganar el punto más alto de aquellos resbaladizos precipicios, y observamos la retirada del ejército devanándose a lo largo del estrecho camino, podíamos ver la ruta entera marcada por nuestra propia desdichada gente que yacía en todos los lados expirando de fatiga y por la severidad del frío, mientras sus uniformes enrojecían en forma de manchas la superficie blanca del suelo».

³⁷ SUMMERVILLE, Christopher: *op.cit.*, pp. 83-87.

³⁸ El cirujano Henry Milburne llegó a España a través de A Coruña a primeros de diciembre de 1808 con el fin de proporcionar apoyo quirúrgico al ejército de Moore, aunque finalmente terminó prestando servicios al ejército español. Describió la terrible situación del mismo en Astorga y aconsejó a la Junta el separar los heridos españoles de las tropas británicas entrantes. Véase Henry MILBURNE: *Narrative of circumstances attending the Retreat of British Army*. Londres, 1809 (2.ª ed.), pp. 12-14.

³⁹ NEALE, Adam: *The Spanish Campaign of 1808*. Constable & Co, Edimburgo, 1828. Véase también: Íd: *Letters from Portugal and Spain*, Londres, 1809, pp. 304-305.

Se calcula que se perdieron entre 3.000 y 4.000 hombres en la terrible retirada entre Astorga y Betanzos, con unos 500 ó 600 enfermos adicionales en los hospitales de Astorga y Villafranca, ahora prisioneros del ejército francés. Estas cifras se refieren al personal militar, no habiendo quedado reflejado cuántos civiles, incluyendo mujeres y niños, perecieron en la retirada.

Embarque, viaje de retorno y desembarque en Gran Bretaña

Tras la llegada de los navíos y transportes a A Coruña el 14 de enero, las órdenes de Moore fueron embarcar en primer lugar la artillería, la caballería y los considerados inválidos, que sumaban entre 2.500 y 3.000 hombres. El 16 de enero el 14 % de la fuerza del ejército expedicionario, 4.035 hombres, constaban como enfermos o heridos. Moore perdería unos 700-800 hombres adicionales en la batalla de Elviña, incluido él mismo⁴⁰.

El viaje hasta Gran Bretaña supuso la renovación de las malas condiciones sanitarias e higiénicas propias de un navío de vela del siglo XVIII, que además iba sobrecargado, en ocasiones sin orden, mezclando regimientos y sin hacer distinción entre sanos, heridos y enfermos, y donde era imposible proporcionar hasta el más básico de los cuidados. Además, debido al mal tiempo, muchos transportes no pudieron fondear hasta el período comprendido entre el 28 y el 31 de enero, lo que hizo permanecer más tiempo a los soldados en las condiciones insalubres de los buques, favoreciendo la transmisión de enfermedades a los heridos y sanos⁴¹. Los transportes *Dispatch* y *Smallbridge* se perdieron en la costa de Cornualles, desapareciendo tres oficiales y cincuenta y seis hombres del 7th de Húsares en el primero, y cinco oficiales y doscientos nueve hombres de la Legión Alemana del Rey, siete mujeres y nueve niños en el segundo⁴², que se añadieron a las terribles pérdidas experimentadas hasta el momento por los británicos. Las bajas totales del ejército expedicionario, evaluadas en el momento de su llegada a los puertos ingleses, se reflejan en la tabla 1.

⁴⁰ HAYTHORNWAITE, Philip: *op.cit.*, pp. 86-89. HOWARD, Martin R: «Medical aspects...», p. 300.

⁴¹ McGRIGOR, James: «Observations on the fever which appeared in the army from Spain on their return to this country in January 1809», en *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. 6, n.º 21, 1810, p. 20.

⁴² HAYTHORNWAITE, Philip: *op.cit.*, p. 87.

Tabla 1. Recuento de las bajas sufridas por las diferentes unidades del ejército de Sir John Moore, a su llegada a Gran Bretaña⁴³

Unidad	Bajas (n)	Porcentaje del total (%)
Caballería (Teniente General Lord Henry Paget)	278*	3,95
1.ª División (Teniente General Sir David Baird)	1.379	19,60
2.ª División (Teniente General Sir John Hope)	1.699	24,15
3.ª División (Teniente General Alexander Mackenzie Fraser)	1.692	24,05
4.ª División (Reserva) (Mayor General Sir Edward Paget)	927	13,17
1.ª Brigada de Flanco (Ligera) (Coronel Robert Craufurd)	342	4,86
2.ª Brigada de Flanco (Ligera) (General de Brigada Karl Alten)	425&	6,04
Artillería y Cuerpo de Tren (Teniente Coronel John Harding)	255#	3,62
Estado Mayor	38	0,54
Total	7.035	-

*Incluye tres oficiales y 56 hombres perdidos en el viaje de regreso.

&Incluye cinco oficiales y 209 hombres perdidos en el viaje de regreso.

#Incluye 56 hombres perdidos en el viaje de regreso y 9 ahogados en el puerto de A Coruña durante el reembarque.

⁴³ Charles OMAN: *op.cit.*, pp. 646-648.

Aunque no está claro cuántos enfermos y heridos fueron desembarcados, las cifras más fiables incluyen 5.000 desembarcados en Plymouth y Portsmouth, con 1.000 adicionales en la isla de Wight y Ramsgate. Ello supondría el 20 % de las tropas que retornaban a Gran Bretaña. El estado del ejército que retornaba era lamentable, y causó un hondo impacto en la población que fue testigo de su llegada: «Estábamos literalmente cubiertos y devorados por los parásitos. La mayoría habíamos caído presa del paludismo y la disentería, parecíamos esqueletos en movimiento»⁴⁴.

Adicionalmente, el mencionado cierre de varios de los hospitales generales, responsabilidad del *Medical Board*, que podrían haber alojado hasta a 1.200 hombres, se hizo ahora sentir, y fue necesario adoptar medidas extraordinarias para la recepción y atención de los pacientes, creando acomodo en barracones, hospitales navales e incluso barcos de transporte y buques-prisión, aunque estaba claro que sus condiciones estaban muy lejos de ser adecuadas. También fue necesario solicitar la asistencia de personal sanitario de las milicias y las tropas territoriales (*Household Troops*), e incluso de estudiantes de medicina de Londres⁴⁵.

Análisis histórico-clínico de las enfermedades sufridas por la fuerza expedicionaria y su impacto en la mortalidad

Analizar desde un punto de vista histórico-clínico las enfermedades sufridas por las tropas durante las campañas napoleónicas plantea diversas dificultades. Por un lado, las descripciones clínicas son, en ocasiones, vagas, y no están sujetas a ningún tipo de estandarización, empleando terminología variable para afecciones, signos y síntomas⁴⁶. A ello se añade la circuns-

⁴⁴ SMITH, Harry: *Autobiography of Lieutenant-General Sir Harry Smith*. G.C. Moore Smith, Londres, 1910, p. 17. Smith sirvió como oficial en el 95th Rifles a lo largo de toda la guerra en España, terminando en Toulouse en 1814.

⁴⁵ HOWARD, Martin R: «Medical aspects...», p. 300. KEMPTHORNE, Gerard A.: «The Army Medical Services...», pp. 231-232.

⁴⁶ Algunos historiadores han advertido de las dificultades metodológicas que suponen los intentos de identificar enfermedades del pasado desde una perspectiva histórico-médica actual. Ello se debe, por una parte, a que los conceptos de salud y enfermedad son indisolubles del contexto histórico y social en el que acaecen y se definen y, por otro, al sesgo que supone la «doble interpretación», al basarse en diagnósticos realizados en el pasado, que pueden carecer de la adecuada precisión. Para obviar esto último, el presente estudio se ha basado en las descripciones clínicas y patológicas, y no en eventuales diagnósticos consignados en los registros de la época. Véase ARRIZABALAGA, Jon: «Problematising retrospective diagnosis in the history of disease», en *Asclepio*, vol. LIV, n.º 1, 2002, pp. 55-62.

tancia de que se trata de términos clínicos actualmente en desuso. Por otro lado, debemos recordar que la exploración física en el tiempo que nos ocupa era meticulosa pero forzosamente somera, y se limitaba a la inspección de la piel, ojos y cavidad orofaríngea (lengua, encías, dientes y faringe), a la palpación del abdomen y al examen de las características físicas (cantidad, color, aspecto, productos patológicos) de la orina, heces y, en su caso, vómitos y esputo del enfermo. La presencia de fiebre se apreciaba al tacto, al no existir todavía termómetros clínicos. Además, hay que tener en cuenta que resulta plausible que muchos de los soldados sufrieran diferentes enfermedades a lo largo de su curso evolutivo, bien de forma simultánea o secuencial⁴⁷ o, incluso, que padecieran enfermedades preexistentes, como tuberculosis o pancreatitis crónica, como demostraron algunas de las autopsias⁴⁸. Finalmente, es posible que algunos signos y síntomas pudieran ser de origen iatrogénico, es decir, efectos secundarios de los tratamientos aplicados, debido al empleo terapéutico de sustancias con reconocida toxicidad, como, a modo de ejemplo, los vómitos y el estreñimiento eventualmente inducidos por el opio, o la sialorrea (hipersalivación), que puede observarse en la intoxicación por mercurio tras el tratamiento intensivo con calomelanos (cloruro de mercurio). En el lado positivo, se dispone de descripciones clínicas exhaustivas y rigurosas publicadas por los facultativos que asistieron a los enfermos y heridos tras su llegada a Inglaterra, incluso con registros evolutivos diarios de los síntomas, signos y tratamientos aplicados. Adicionalmente, la descripción de los hallazgos patológicos observados en las autopsias de algunos de los soldados fallecidos son inestimables a la hora de hacer un análisis interpretativo de las entidades morbosas padecidas y la causa de la muerte⁴⁹.

De las enfermedades descritas destacan, por su prevalencia y su impacto sobre la mortalidad, las «fiebres» y la «disentería». Se dispone de información basada en los registros de los enfermos y heridos desembarcados en Portsmouth y Plymouth. En Portsmouth, James McGrigor, Inspector Adjunto de Hospitales, estableció una mortalidad del 17 % del total de los pacientes, la mayoría a causa de «fiebre» y «disentería», como puede observarse en la tabla 2.

⁴⁷ McGRIGOR, James: *op.cit.*, p 21.

⁴⁸ HOOPER, Richard: «Account of the diseases of the sick landed at Plymouth from Corunna», en *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. 5, n.º 20, 1809, pp. 414 y 419.

⁴⁹ McGRIGOR, James: *op.cit.*, p. 27. HOOPER, Richard: *op.cit.*, pp. 413-415 y 419.

Tabla 2. Recuento de los enfermos y heridos del ejército expedicionario británico admitidos en los hospitales del área de Portsmouth, Inglaterra (24 de enero al 24 de julio de 1809)⁵⁰

Enfermedad	Admitidos (n)	Altas (n)	Fallecidos (n)	Convalecientes (n)	Mortalidad (%)
Disentería	1.053	801	252	-	23,93
Fiebre continua	824	717	107	-	12,98
Fiebre intermitente	11	11	0	-	0
Neumonía	81	61	20	-	24,69
Reumatismo	13	13	0	-	0
Catarro	11	11	0	-	0
Sífilis	6	6	0	-	0
Oftalmía	5	5	0	-	0
<i>Hydrops</i>	4	4	0	-	0
Ictericia	4	4	0	-	0
Viruela	1	1	0	-	0
<i>Puniti</i>	1	1	0	-	0
Heridas y úlceras	413	373	26	14	6,29
Total	2.427	2.008	405	14	16,68

⁵⁰ McGRIGOR, James: *op.cit.*, tabla III (sin página). El doctor James McGrigor fue nombrado Inspector Jefe de Hospitales en 1812 y participó en la campaña peninsular del General Wellesley. Contribuyó a la necesitada reforma del Army Medical Board tras el desastre de la expedición a Walcheren, siendo su segundo Director General, y desempeñando el cargo desde 1815 a 1851.

En las descripciones hechas por McGrigor de los casos de fiebre, a las que añadiría reseñas realizadas por colegas de otros centros sanitarios, el cuadro clínico habitualmente consistía en cefalea intensa, dolor en la espalda y en las grandes articulaciones (artralgias y mialgias) y tendencia al estreñimiento. En la exploración física destacaba la fiebre muy elevada, con sensación quemante al tacto, a partir del 3.º-4.º día del inicio de los síntomas, la presencia de petequias, máculas y equimosis lineales, adenopatías, congestión cefálica y facial, y frialdad acral. El pulso inicialmente se mostraba poco alterado y firme. En ausencia de disentería concurrente, las deposiciones eran escasas y fétidas, y la orina oscura y de poco volumen. Posteriormente se manifestaba sintomatología neurológica en forma de inquietud psicomotriz, delirio, sordera, somnolencia, estupor y calambres musculares. Se observó la aparición de gangrena en los pies, que se atribuyó a las terribles condiciones padecidas durante la retirada en España, y abscesos cutáneos⁵¹. De sus observaciones, McGrigor dedujo que el cuadro clínico de los soldados que desembarcaron enfermos en Gran Bretaña, llamado habitualmente y quizás excesivamente generalizado, como él mismo admite, «tifus», era diferente del observado en soldados y personal sanitario que enfermaron posteriormente, siendo de características más «inflamatorias» y catarrales, con síntomas de neumonía y, en general, de curso evolutivo más leve⁵². Entre ellos, describió pormenorizadamente el caso del doctor Clarke, a cargo del Hospital General, que desarrolló un cuadro clínico consistente en cefalea intensa, lasitud, anorexia, fotofobia, vértigo, sed intensa, fiebre y estreñimiento, sin desarrollar lesiones cutáneas ni manifestaciones neurológicas, excepto un leve delirio, y recuperándose en dos semanas⁵³.

La mortalidad por «fiebre» en el área de Portsmouth fue del 13 %. La muerte se producía entre el 5.º y el 14.º día, habitualmente por el desarrollo de complicaciones (neumonía, encefalitis, insuficiencia renal) y el consiguiente colapso circulatorio y fracaso multiorgánico. Los tratamientos aplicados variaban desde el uso de cordiales y estimulantes, así como baños en agua fría en el hospital naval, frente a purgantes, baños de agua caliente y estimulantes en el hospital general, con las sangrías aplicadas también de forma variable. Curiosamente, este cuadro clínico acabaría siendo acuñado como *spanish fever*⁵⁴.

⁵¹ McGRIGOR, James: *op.cit.*, pp. 20-22.

⁵² *Ibidem*, pp. 22-25.

⁵³ *Ibidem*, pp. 31-32.

⁵⁴ *Ibidem*, pp. 24, 27 y 30.

En Plymouth el cirujano Richard Hooper confirmó en gran medida los datos observados por McGrigor. De forma metódica, describió los signos y síntomas manifestados diariamente a lo largo de todo el período evolutivo, consistentes en fiebre elevada, cefalea intensa, mialgias generalizadas y sed. El pulso inicialmente se mantenía estable y firme. Se observaba congestión facial y conjuntival y la lengua adoptaba un color blanquecino muy característico, adquiriendo posteriormente un aspecto marrón oscuro con la punta rojiza. Se observaron datos compatibles con deshidratación, con sequedad de piel y mucosas y ojos hundidos, así como oliguria. Al 6.º día del inicio de los síntomas aparecían las lesiones petequiales, taquicardia con pulso progresivamente más débil y se iniciaban las manifestaciones neurológicas en forma de delirio e inquietud, que en días posteriores progresaban hacia somnolencia, sordera, hipo y calambres musculares. Las heces eran escasas y fétidas, y no se excretaba orina (anuria). La lengua y las encías mostraban úlceras y costras y se apreciaba frialdad acral. La muerte sobrevinía habitualmente antes de las dos semanas⁵⁵. Al igual que McGrigor, Hooper describió pormenorizadamente el caso del doctor Williams, que presentó un cuadro clínico similar al descrito, que se caracterizó por un inicio súbito el 5 de marzo (más de un mes después del retorno de las tropas), y en el que destacaba la sintomatología abdominal, con vómitos incoercibles y estreñimiento, aparición de ictericia y fallecimiento en el 14.º día⁵⁶.

Los casos clínicos de «disentería» son descritos como consistentes en diarrea acuosa o de aspecto negruzco «sucio», posteriormente con emisión de sangre y moco y tenesmo intenso y doloroso. Se presentaban asimismo síntomas generales (anorexia, mialgias) y manifestaciones clínicas atribuidas a la deshidratación (sed, oligoanuria, pulso débil). Al contrario de los casos de «tifus», la lengua mostraba un aspecto «limpio» y no se apreciaba fiebre o esta era muy leve. El tratamiento aplicado fue extraordinariamente variable, e incluyó eméticos, purgantes, calomelanos, opio o vino, así como enemas de almidón y plomo, corteza o telarañas. No se menciona, sin embargo, la realización de sangrías⁵⁷. La mortalidad por disentería fue

⁵⁵ HOOPER, Richard: *op.cit.*, pp. 402-406.

⁵⁶ *Ibidem*, pp. 408-413.

⁵⁷ La no realización de sangrías fue criticada por otros autores (véase B.G.B.: «Observations of the treatment of the sick returned from Corunna», en *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. 6, n.º 22, 1810, pp. 169-172), sobre todo en el caso del doctor Williams, pues su estado «inflamatorio» y un hipotético diagnóstico de «frenitis» así lo indicaban. El propio doctor Hooper escribiría posteriormente una réplica argumentando, entre otras razones, los hallazgos poco significativos en el examen del encéfalo durante las autopsias clínicas (HOOPER, Richard: «Observations in reply to B.G.B. on the treatment of the sick returned from Corunna», en *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. 6, n.º 24, 1810, p. 452).

superior, prácticamente el doble, a la de la fiebre, alcanzando en el área de Portsmouth el 26 %⁵⁸.

Se dispone de detallados informes de los hallazgos patológicos observados por Hooper en doce autopsias realizadas en el área de Plymouth, la mayoría con el diagnóstico pre-mortem de «tifus», al que añade un examen patológico proporcionado por el doctor Webb, que atendió a los enfermos en Portsmouth. Los hallazgos más comúnmente reportados fueron la afectación del bazo, de consistencia blanda, desestructurado y friable, en ocasiones con «masas» de consistencia mucosa. Los pulmones mostraban adherencias y sinequias con la pared torácica, pero sólo en dos casos se apreciaron datos de enfermedad infecciosa aguda, con áreas de pus, mientras el caso de Webb presentaba una avanzada tuberculosis pulmonar. El corazón, hígado y vesícula biliar presentaban, en general, escasas alteraciones, así como los riñones, pero la vejiga se apreciaba colapsada y vacía. Varios pacientes presentaban un páncreas «esclerótico», en probable relación con una pancreatitis crónica preexistente. A pesar de los síntomas neurológicos el cerebro se apreciaba normal o con hallazgos inespecíficos en forma de congestión de los vasos de las membranas cerebrales. Sólo en un caso se apreció fluido en los ventrículos laterales. En dos sujetos, uno de ellos con el diagnóstico previo de «tifus y disentería», se apreciaron úlceras en el colon, de predominio distal, incluso con áreas de denudación de la mucosa colónica⁵⁹.

Por su parte, la descripción de las autopsias realizadas en el área de Portsmouth es menos detallada, pero coincide con las reportadas anteriormente, excepto por una mayor afectación cerebral, con hallazgos de disminución de la consistencia del encéfalo, líquido en los ventrículos cerebrales y vasos sanguíneos hemisféricos congestivos. En los pulmones se observaron signos de procesos inflamatorios previos, así como adherencias pleurales⁶⁰.

Aunque el término de «fiebre» incluye con total seguridad varias entidades clínicas, se estima que gran parte de las mismas pueden ser atribuidas al tifus exantemático o epidémico⁶¹. Esta enfermedad, producida por la bacteria *Rickettsia prowazekii*, es transmitida por piojos al introducirse las deyecciones del artrópodo infectado por rickettsias en las lesiones cutáneas por rascado del huésped. El cuadro clínico se inicia de forma súbita en forma de fiebre alta prolongada, de hasta 40 °C, cefalea intensa, postración y,

⁵⁸ *Ibidem*, pp. 399-400.

⁵⁹ HOOPER, Richard: *op.cit.*, pp. 413-419.

⁶⁰ McGRIGOR, James: *op.cit.*, 27. Las frecuentes adherencias pleurales podrían estar en relación con el padecimiento previo de una pleuritis tuberculosa.

⁶¹ DREW, William Robert M.: «The challenge of the rickettsial diseases», en *Journal of Royal Army Medical Corps*, vol. 111, n.º 1, 1965, p. 100.

a partir del 4.º día, una erupción máculo-papular que comienza en axilas y porción superior del tronco, y se generaliza rápidamente, aunque respetando cara, palmas y plantas. En los casos severos esta erupción adquiere un aspecto petequeal y hemorrágico. En los casos más graves aparece hipotensión y shock, insuficiencia renal, encefalitis, neumonía, equimosis y gangrena⁶². Los hallazgos patológicos macroscópicos son poco característicos, aunque se observa con frecuencia esplenomegalia⁶³. Característicamente, si el paciente sobrevive, la enfermedad remite tras aproximadamente 2 semanas. Es posible que algunos casos fueran producidos, sin embargo, por *Bartonella quintana* (fiebre de las trincheras), también transmitida por piojos y que produce un cuadro clínico similar, con inicio brusco de fiebre, debilidad, cefalea, vértigo, dolor en piernas y espalda, y exantema transitorio macular o papular. Sin embargo, a diferencia del tifus epidémico, en la mitad de los casos la fiebre puede ser intermitente y la mortalidad reportada, al menos en el siglo XX, es mínima⁶⁴. Ambas enfermedades aparecen y se extienden con especial rapidez en condiciones socio-económicas deprimidas, hacinamiento y, sobre todo, en tiempo de guerra.

Otro posible diagnóstico para los casos de «fiebre» es la fiebre tifoidea o fiebre entérica, que está producida por la bacteria *Salmonella typhi*. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, cefalea, postración, dolor abdominal, artralgias y una erupción rosada denominada roséola en tórax y abdomen, aunque se ha descrito en sólo el 10 % de los enfermos, y que dura de 2 a 5 días. El pulso es característicamente bradicárdico. La fiebre suele elevarse en los primeros 2-3 días y, en los casos que se resuelven favorablemente, remite en 3-4 semanas. En situaciones graves aparecen manifestaciones neurológicas en forma de delirio, estupor y coma, enteritis con diarrea profusa, heces con sangre, perforación intestinal y neumonía. El examen patológico muestra hallazgos característicos, con ulceraciones y necrosis en íleon distal y en otros tramos del intestino delgado y colon, adenopatías mesentéricas y esplenomegalia de consistencia blanda, friable y de aspecto «de mermelada». Es frecuente encontrar afectación cardíaca, hepática, broncopulmonar y renal⁶⁵. Se transmite por alimentos o agua contaminadas a partir de portadores o enfermos, o por medio de insectos vectores como las moscas⁶⁶.

⁶² BERKOW, Robert y FLETCHER, Andrew J. (dirs.): *El Manual Merck*. Doyma, Barcelona, 1989, pp. 161-162.

⁶³ BOYD, William: *A Text-Book of Pathology*. Lea & Febiger, Philadelphia, 1943, pp. 210-211.

⁶⁴ BERKOW, Robert y FLETCHER, Andrew J.: *op.cit.*, p. 168.

⁶⁵ BOYD, William: *op.cit.*, pp. 157-162 y 763.

⁶⁶ BERKOW, Robert y FLETCHER, Andrew J.: *op.cit.*, pp. 93-96.

Finalmente, otra posibilidad diagnóstica la constituye el paludismo o malaria, enfermedad producida por protozoos del género *Plasmodium*, transmitido por la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles* y caracterizado por episodios paroxísticos de fiebre, escalofríos y diaforesis, con una periodicidad típica cada 48 horas –tercianas– en caso de infección por *P. vivax* o *P. ovale*, y cada 72 horas –cuartanas– en caso de infección por *P. malariae*⁶⁷. Es posible que los casos descritos de «fiebre intermitente» puedan ser debidos al paludismo, y parte de los 4000 casos acaecidos en la expedición británica a tierras holandesas, la llamada «fiebre de Walcheren», están aparentemente documentados como tales, aunque sin descartar, no obstante, la coexistencia con casos de tifus exantemático, fiebre de las trincheras y fiebre tifoidea⁶⁸. Sin embargo, en la campaña de Moore, aunque a principios del siglo XIX existían zonas palúdicas en España (valle del río Guadiana), es improbable, por las condiciones estacionales, que se desarrollaran casos de malaria.

De los datos expuestos es posible deducir que los casos de «fiebre» descritos entre las tropas de la fuerza expedicionaria pueden identificarse, por las características clínicas, la duración y los hallazgos autópsicos, en gran medida al tifus exantemático. El cuadro clínico observado por McGri-gor entre el personal sanitario probablemente no se deba a una entidad morbosa diferente, sino a una forma más leve de tifus, quizás en relación con un modo de transmisión distinto (inhalación o contacto con mucosas de heces de piojos o fluidos infectados por rickettsias, acaecida durante la atención a los enfermos, sin poder descartar que la participación de los médicos en las autopsias de soldados fallecidos por tifus pudiera haber desempeñado un papel en la transmisión). Además, las condiciones físicas del personal sanitario en Inglaterra eran claramente diferentes al deplorable estado en el que se encontraban las tropas retornadas. Como dato adicional, que el personal médico se contagiara durante su labor asistencial sugiere un mecanismo de transmisión por inhalación o contacto, siendo el mecanismo de transmisión fecal-oral de la fiebre tifoidea menos plausible.

En cuanto a la disentería, las opciones diagnósticas incluyen la disentería bacilar, producida por distintas especies de la bacteria *Shigella* (siendo especialmente graves las producidas por *S. dysenteriae*) y que se caracteriza por la presencia de diarrea acompañada de dolor abdominal y tenesmo, inicialmente acuosa, pero que se agrava progresivamente, incrementándose la intensidad de la misma y apareciendo emisión de heces con moco, pus y

⁶⁷ *Ibidem*, pp. 222-226.

⁶⁸ KEMPTHORNE, Gerard A.: «The Walcheren Expedition...», pp. 134-135.

sangre, con tenesmo intenso. Generalmente no se acompaña de fiebre⁶⁹. Los hallazgos patológicos incluyen ulceraciones de la mucosa del colon, sobre todo en su mitad distal. Otra opción diagnóstica es el cólera, causada por el *Vibrio cholerae*, pero que, a diferencia de la anterior, se caracteriza por una diarrea acuosa muy profusa, con pérdidas hídricas de hasta un litro por hora, sin productos patológicos, asociada a vómitos, pero sin dolor abdominal ni fiebre. Evidentemente, si no son corregidas, las pérdidas de líquidos y electrolitos llevan a un estado de deshidratación, acidosis metabólica con depleción de potasio y disfunción renal⁷⁰. Paradójicamente, hoy se conoce la muerte sobreviene en la mayor parte de los casos por la progresiva deshidratación y que, con una reposición hidroelectrolítica adecuada, la mayoría de los cuadros disentéricos se resuelven en pocas semanas.

A diferencia de la mortalidad por enfermedad, las muertes por heridas de combate fueron comparativamente mucho menores, un 2.2 % (25 de 241 totales) entre los desembarcados en Plymouth, y teniendo que cuenta que muchos de los heridos padecían además de fiebre o disentería⁷¹.

Finalmente, no debemos olvidar las bajas por enfermedad producidas entre aquellos oficiales y soldados responsables de los cuidados médicos del ejército expedicionario. En Portsmouth, veintiuno de ciento dieciséis oficiales presentaron casos graves de fiebre, y de ellos, seis fallecieron⁷².

CONCLUSIONES

Se puede concluir de los datos presentados que la atención médico-sanitaria del ejército británico durante la campaña peninsular de Sir John Moore fue claramente deficitaria. En primer lugar, existió una serie de deficiencias organizativas, presente tanto en los escalones superiores del Departamento Médico del Ejército, con una división tripartita artificial e ineficaz, como en la propia campaña, donde la asimismo artificial división entre hospitales generales y regimentales suponía un sistema claramente disfuncional e ineficiente, agravado por el hecho de que, una vez cortadas las comunicaciones con la base de Lisboa, el papel de los hospitales generales fue prácticamente nulo, sobrecargando por tanto a los hospitales regimentales y a su personal. A ello hay que añadir las deficiencias estructurales, con ausencia de cuidados de enfermería, sistemas de transporte (ambulancias), y

⁶⁹ BERKOW, Robert y FLETCHER, Andrew J.: *op.cit.*, pp. 97-100.

⁷⁰ *Ibidem*, pp. 100-102.

⁷¹ HOWARD, Martin R.: *op.cit.*, p. 301.

⁷² McGRIGOR, James: *op.cit.*, p. 23.

programas de evacuación y recepción de heridos y enfermos. En cuanto a las deficiencias científicas, no debe olvidarse que los grandes avances médicos en el campo de la cirugía, la anestesia, la asepsia y antisepsia y la epidemiología tendrían lugar sobre todo en la segunda mitad del siglo XIX, y que los antibióticos no estarían disponibles para los ejércitos hasta bien entrado el siglo XX. Los cuidados médico-quirúrgicos de la época dependían mucho de los conocimientos y la experiencia de los profesionales militares. Ello configuraba una medicina muy individual, con una total ausencia de estandarización de los cuidados. De hecho, la medicina militar tardaría casi un siglo en disponer de protocolos estandarizados de triaje, evacuación y atención médica. Ello, unido al desarrollo de una cadena de evacuación racional y a los avances científicos y técnicos, incluida la medicina preventiva, permitiría por primera vez, a partir de mediados del siglo XX, la consecución de uno de los objetivos de la medicina militar moderna, la conservación de la fuerza de combate. Hasta entonces, las heridas y enfermedades impactarían de forma negativa en las fuerzas disponibles, no sólo por la incapacitación de las tropas, sino también, como hemos visto, por el alejamiento del herido o enfermo de la línea del frente, y de la significativa distracción de recursos asignados a la atención, transporte, abastecimiento y escolta de los mismos. Hasta entonces, una atención sanitaria inadecuada podía entorpecer las operaciones militares y, en casos extremos, ser decisiva en el devenir de la campaña.

No obstante, podría concluirse que incluso un sistema médico militar más provisto y organizado hubiera tenido grandes dificultades para enfrentarse a la ingente labor que originó la campaña de Sir John Moore en la Península. La marcha en terribles condiciones meteorológicas y de abastecimiento, sobre un terreno difícil, en un ambiente de indisciplina, baja moral, escenas de saqueo y combates ocasionales dio lugar a una gran cantidad de casos de enfermedad, fatiga, congelación, y no tantos de heridas de combate. Adicionalmente, los centros hospitalarios de Gran Bretaña no estaban preparados para la recepción de este volumen de enfermos y heridos ni al resto del ejército en condiciones tan lamentables, y el cierre de varios hospitales no hizo sino acrecentar el problema. Es un tributo al notable esfuerzo de los oficiales médicos y a los administradores el que en muchos casos se lograra al menos confortar a enfermos y heridos y, con el reclutamiento de personal adicional y edificios de circunstancias, acoger y atender finalmente a todo el ejército expedicionario. Como se ha comentado previamente, varios profesionales pagaron incluso con su vida su dedicación al cuidado de los enfermos.

A partir de las descripciones realizadas por algunos de los oficiales médicos responsables se ha podido identificar, gracias a la correlación con los conocimientos actuales en enfermedades infecciosas, al tifus exantemático o epidémico como el responsable más plausible de muchos de los casos de «fiebre» presentes durante la campaña, sin descartar la presencia concurrente de fiebre tifoidea, y atribuir probablemente a la disentería bacilar por *Shigella* los casos de «disentería» que afectaron al ejército. La mortalidad derivada de ambas infecciones fue extraordinariamente alta, de un 13 % en los casos de fiebres y superior al 25 % de los casos de disentería.

Finalmente, y aunque los conocimientos médicos se aproximaban lentamente a la gran expansión que experimentaría a partir de la segunda mitad del siglo XIX, los errores acaecidos en la campaña peninsular de Sir John Moore se reproducirían en años venideros, tanto en la expedición británica a la isla de Walcheren (1809) como en la subsiguiente campaña de Sir Arthur Wellesley en Portugal y España. Curiosamente, algunas de las escenas descritas en los hospitales españoles durante la campaña peninsular de Sir John Moore recuerdan de algún modo a las vividas en el hospital de Scutari en la campaña de Crimea, 45 años después.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRIZABALAGA, Jon: «Problematizing retrospective diagnosis in the history of disease», en *Asclepio*, vol. LIV, n.º 1, 2002, pp. 51-70.
- B.G.B.: «Observations of the treatment of the sick returned from Corunna», en *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. 6, n.º 22, 1810, pp. 167-172.
- BERKOW, Robert y FLETCHER, Andrew J. (dirs.): *El Manual Merck*. Doyma, Barcelona, 1989.
- BOYD, William: *A Text-Book of Pathology*. Lea & Febiger, Philadelphia, 1943.
- CIFUENTES CUENCAS, Margarita: «Mujeres y ejército en tiempos de Napoleón», en *Revista de Historia Militar*, n.º 129, 2021, pp. 53-102.
- DREW, William Robert M.: «The challenge of the rickettsial diseases», en *Journal of Royal Army Medical Corps*, vol. 111, n.º 1, 1965, pp. 95-105.
- GUTHRIE, George J.: *On gun-shot wounds of the extremities requiring the different operations of amputation*. Longmans, Londres, 1815.
- : *Commentaries on the Surgery of the War in Portugal, Spain, France, and the Netherlands*. J.B. Lippincot, Philadelphia, 1862 (6.ª ed.).
- HAYTHORNTHWAITE, Philip: *Corunna 1809. Sir John Moore's fighting retreat*. Osprey Publishing, Oxford, 2001.
- : *Napoleon's Specialist Troops*. Osprey Publishing, Oxford, 1988.
- HERNÁNDEZ GARCÍA-GALLARDO, Diego: *La Cirugía en la guerra. Hitos terapéuticos a lo largo de la historia de los conflictos bélicos*. Galland Books, Valladolid, 2019.
- HOOPER, Richard: «Account of the diseases of the sick landed at Plymouth from Corunna», en *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. 5, n.º 20, 1809, pp. 398-420.
- : «Observations in reply to B.G.B. on the treatment of the sick returned from Corunna», en *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. 6, n.º 24, 1810, pp. 450-456.
- HOWARD, Martin R.: «Medical aspects of Sir John Moore's Corunna Campaign», en *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 84, n.º 5, 1991, pp. 299-302.
- : «Red jackets and red noses: alcohol and the British napoleonic soldier», en *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 93, n.º 1, 2000, pp. 38-41.
- : «Walcheren 1809: a medical catastrophe», en *British Medical Journal*, vol. 319 n.º 7225, 1999, pp. 1642-1645.
- KEMPTHORNE, Gerard A.: «The Medical Department of Wellington's Army, 1809-1814» (1.ª parte), en *Journal of the Royal Army Medical Corps*, vol. 54, n.º 1, 1930, pp. 65-72.

- : «The Medical Department of Wellington's Army, 1809-1814» (2.^a parte), en *Journal of the Royal Army Medical Corps*, vol. 54, n.º 2, 1930, pp. 131-146.
- : «The Army Medical Services at Home and Abroad, 1803-1808» (1.^a parte), en *Journal of the Royal Army Medical Corps*, vol. 61, n.º 2, 1933, pp. 144-151.
- : «The Army Medical Services at Home and Abroad, 1803-1808» (2.^a parte), en *Journal of the Royal Army Medical Corps*, vol. 61, n.º 3, 1933, pp. 223-232.
- : «The Walcheren Expedition and the Reform of the Medical Board, 1809», en *Journal of the Royal Medical Corps*, vol. 62, n.º 2, 1934, pp. 133-138.
- LONDONDERRY GCB, GCH, Marquess of: *Story of the Peninsular War*. Willis and Sotheran, Londres, 1856.
- McGRIGOR, James: «Observations on the fever which appeared in the army from Spain on their return to this country in January 1809», en *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. 6, n.º 21, 1810, pp. 19-32.
- MILBURNE, Henry: *Narrative of circumstances attending the Retreat of British Army*. Londres, 1809 (2.^a ed.).
- MOORE, James C.: *Narrative of the Campaign of the British Army in Spain, Commanded by His Excellency, Lieutenant-General Sir John Moore*. K.B, Londres, 1809.
- NEALE, Adam: *The Spanish Campaign of 1808*. Constable & Co, Edimburgo, 1828.
- : *Letters from Portugal and Spain*, Londres, 1809.
- OMAN, Charles. *A History of the Peninsular War*, Vol. I. Clarendon Press, Oxford, 1902.
- SMITH, Harry: *Autobiography of Lieutenant-General Sir Harry Smith*. G.C. Moore Smith, Londres, 1910.
- SUMMERVILLE, Christopher: *La marcha de la muerte. La retirada a La Coruña de sir John Moore, 1808-1809*. Inédita, Barcelona, 2006.
- WATTS, J.C.: «George James Guthrie, Peninsular Surgeon», en *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 54, n.º 9, pp. 764-768.
- YAQUE LAUREL, José A.: «La retirada de Sir John Moore el año 1808», en *Revista de Historia Militar*, n.º 6, 1960, pp. 37-54.

Recibido: 06/09/2021

Aceptado: 23/02/2022

