

ANALES  
DE LA  
**REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

---

AÑO 2008 - TOMO CXXV  
CUADERNO TERCERO  
SESIONES CIENTÍFICAS



XVI SESIÓN CIENTÍFICA

DÍA 20 DE MAYO DE 2008

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.  
D. AMADOR SCHÜLLER PÉREZ

**EL CÁNCER DE PARÓTIDA**  
***THE CANCER OF PAROTID GLAND***

Por el Excmo. Sr. D. MIGUEL LUCAS TOMÁS  
Académico de Número

**LA GUERRA DE LA INDEPENDENCIA**  
**Y LA SANIDAD MILITAR**  
***WAR OF THE INDEPENDENCE AND MILITARY***  
***HEALTH***

Por el Excmo. Sr. D. ALFONSO BALLESTEROS FERNÁNDEZ  
Académico de Número y Presidente de la Real Academia  
de Medicina de las Islas Baleares

**LA GUERRA DE LA INDEPENDENCIA  
Y LA SANIDAD MILITAR**  
***PENINSULAR WAR AND MILITARY  
HEALTH***

Por el Excmo. Sr. D. ALFONSO BALLESTEROS FERNÁNDEZ  
Académico de Número y Presidente de la Real Academia  
de Medicina de las Islas Baleares

**Resumen**

Las guerras napoleónicas sirvieron para consolidar unos servicios sanitarios castrenses de ámbito nacional.

Participaron las máximas figuras de la Cirugía Militar del momento, como Guthrie o Larrey, que aportó el revolucionario concepto de las «ambulancias volantes».

Aunque las técnicas quirúrgicas estaban bien descritas, la deficiente hemostasia, el dolor y, sobre todo, las infecciones imponían limitaciones. La mortalidad era del 33% y la tasa de infección del 90%. La escuela quirúrgica española aportó la llamada «cura española», o método conservador de tratar las heridas, que fue adoptado por los cirujanos extranjeros.

Las bajas por enfermedad eran diez veces superiores al número de heridos.

**Palabras clave:** Sanidad Militar. Guerra de la Independencia

**Abstract**

The Napoleonic Wars served to consolidate Army Medical Services on a national scale.

All major eminent surgeons of the moment, such as Guthrie or Larrey, took part in the fight.

Larrey made the revolutionary contribution of developing the «flying ambulances», a completely new concept at the time.

Although surgical techniques were already well described at the time, the deficient hemostasis, the unchecked pain, and above all the numerous infections imposed severe limitations. Mortality among the injured reached 33%

and the rate of infection was 90%. The Spanish surgical school contributed to military surgery with the practice known as «the Spanish Cure» which was a conservative approach to the treatment of wounds. This approach was later adopted by the army surgeons of the other countries.

Deaths by illness were ten times higher than the number of injured.

**Key words:** Army Medical Services. Peninsular War.

En la Guerra de la Independencia participaron las figuras legendarias de la Sanidad Militar de los países beligerantes.

De todos los servicios de los **ejércitos napoleónicos**, el de Sanidad era el menos organizado y peor dotado económicamente.

El *Inspecteur de la Santé des Armées* era el cirujano **Pierre François Percy**, que contribuyó al desarrollo de la cirugía inventando los hilos de sutura metálicos. Publicó un *Journal des Campagnes*, *Manuel du Chirurgien d'armée* y *L'art d'appliquer le feu en chirurgie*. Está enterrado en el cementerio parisino de Père Lachaise con la inscripción: «*Il fut le père des chirurgiens militaires*».

El protagonista indudable de las campañas napoleónicas fue **Dominique Jean Larrey** (Fig. 1), *Inspecteur de la Grande Armée*, que acompañó al Emperador hasta Waterloo. Durante su estancia en España expuso sus experiencias en la Real Academia Médica de Madrid.

Larrey revolucionó la asistencia a los heridos de guerra al crear las «ambulancias volantes» con carruajes ligeros, que transportaban material sanitario y permitían la evacuación de los heridos (Fig. 2). Los períodos más críticos para un herido son la primera hora, «hora de oro» según Larrey, por el riesgo de asfixia o hemorragia masiva, y el intervalo de espera hasta la intervención quirúrgica definitiva. Acortando esos tiempos la mortalidad de los heridos de guerra ha ido disminuyendo. En el siglo XIX era del 33%, bajó al 25% en las guerras del siglo XX y se ha reducido al 9% en los conflictos de Iraq y Afganistán.

Larrey era un excelente cirujano, su rapidez y destreza eran míticas; en la batalla de Borodino practicó en 24 horas más de 200 amputaciones. Napoleón lo consideraba «*l'homme le plus vertueux que j'aie rencontré*». Sus obras más destacadas fueron *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes* (1812-1817) y *Clinique chirurgicale exercée particulièrement dans les camps et les hôpitaux militaires depuis 1792 jusqu'en 1836* (5 volúmenes).

En las **unidades británicas** la formación de los cirujanos militares británicos en general era de un nivel aceptable, pero los me-

dios materiales eran escasos. **James McGrigor** fue el creador y *Director General of the Royal Army Medical Corps*. A pesar de la amistad personal, tuvo serios enfrentamientos con Wellington, a causa de la insuficiente dotación de material sanitario.

El más brillante cirujano británico fue **George James Guthrie**, que durante la Guerra de la Independencia fue *Deputy Inspector of Hospitals*. Se mostraba conservador en la indicación de la amputación y criticaba el empleo abusivo del torniquete. Publicó, en 1814, una gran obra de cirugía militar: *On gunshot wounds of extremities requiring the different operations of amputations and their after treatment*.

En la **Sanidad Militar Española**, según el *Reglamento para el gobierno del cuerpo de Cirugía Militar del Ejército* del 20 de junio de 1805, el mando recaía en la Junta Central de Sanidad, formada por el cirujano mayor del Ejército, con honores de cirujano de cámara, dos consultores de número y dos supernumerarios, todos ellos con domicilio en Madrid. Si se formaba un ejército de operaciones, uno de los consultores era el cirujano mayor del mismo (Fig. 3).

Para las diferentes unidades y hospitales militares había una plantilla de 120 primeros ayudantes, 94 segundos ayudantes, 27 colegiales en el Real Colegio de Barcelona y 13 en los de Madrid, Burgos y Santiago. Cada cirujano debía aportar su caja de instrumentos (Fig. 4).

En las pequeñas guarniciones y hospitales secundarios, «de cortísima guarnición», prestaban servicio cirujanos retirados. Las Milicias Provinciales recibían la asistencia de los sanitarios de las localidades donde se asentaban. Los hospitales que estaban dotados de un primer ayudante, cirujano mayor del hospital, auxiliado por un segundo ayudante eran los siguientes: Alhucemas, Alicante, Algeciras, Badajoz, Ceuta, Coruña, Mahón, Málaga, Melilla, Palma, Peñón de Gibraltar y Santa Cruz de Tenerife.

El número de boticarios y médicos al servicio del ejército era muy bajo, pues solo había destino en los hospitales importantes. Los cirujanos tenían capacidad para ejercer la Medicina, ya que en los Reales Colegios de Cirugía se cursaba Materia Médica. El médico militar más importante de la época fue **Antonio Hernández Morejón** (Fig. 5), recordado por su monumental obra en siete volúmenes *Historia bibliográfica de la Medicina Española*. El personal subalterno estaba constituido por los practicantes y los enfermeros.

Las diferentes Juntas de Defensa organizaron sus ejércitos con sus correspondientes servicios sanitarios. Al formarse la Junta Cen-



FIG. 1. Jean Dominique Larrey.  
Por Anne-Louis Girodet de  
Roussy-Trioson. Musée du Lou-  
vre.

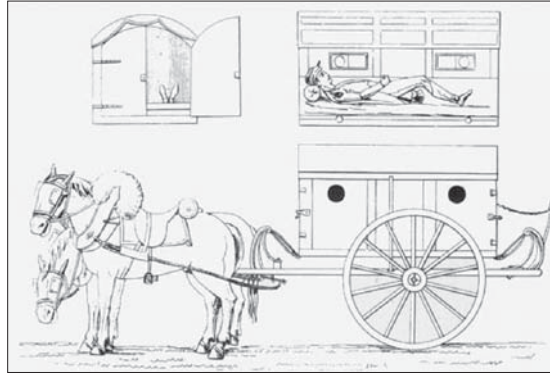


FIG. 2. Ambulancia volante de Larrey.



FIG. 3. Cirujano de regimiento.  
Tomada de Anel J.: *Historia de la  
Sanidad Militar Española.*



FIG. 4. Caja reglamentaria de instrumentos  
quirúrgicos.

tral y posteriormente el Consejo de Regencia se trató de coordinar también a la Sanidad Militar. Fue nombrado protomédico **Serapio Sinués** y cirujano mayor del Ejército **José Antonio Capdevila Alviá**; al fallecer en 1810 le sucedió **Salvio Illa Ponsich**. El proceso de coordinación era muy dificultoso por las continuas reorganizaciones de los regimientos, que sufrían dispersión después de las batallas perdidas.

**La Medicina** en la época de la Guerra de la Independencia no había iniciado su desarrollo científico. La nosología no estaba bien establecida y se ignoraba la etiopatogenia de la mayoría de los diferentes procesos morbosos. El diagnóstico se basaba en el interrogatorio y en la observación del paciente y de sus excretas; toma del pulso y, a veces, palpación. Aunque la percusión torácica y abdominal había sido descrita en 1761 por Johann Leopold Auenbrugger, no tuvo difusión hasta que en 1810 Jean Nicolas Corvisart, médico de Napoleón, la dio a conocer. Su discípulo Théophile René Laennec sistematizó en 1819 la auscultación torácica y diseñó el estetoscopio.

Al contrario, **la Cirugía**, había alcanzado un alto nivel gracias a la creación de los Reales Colegios de Cirugía. La renovación de la Cirugía Española se produjo en la Guerra de Sucesión (1707-1714), al llegar cirujanos franceses que implantaron el concepto de Anatomía Topográfica.

**Pedro Virgili Bellver** (Fig. 6) cirujano de la Armada, fundó en 1748 el Real Colegio de Cirugía de Cádiz, con un sistema de enseñanza vanguardista y muchas horas de prácticas. Los resultados fueron tan excelentes que en 1760 se decidió repetir la experiencia en Barcelona. El Real Colegio de la ciudad condal se destinó a proporcionar cirujanos al Ejército y a la población civil. Este hecho determinó el destacado papel de los cirujanos militares catalanes durante muchos años. Más tarde se fundaron, en 1787, el Real Colegio de Cirugía de San Carlos en Madrid y los de Burgos y Santiago en 1799.

El cirujano dejó de ser un práctico, con escaso reconocimiento social, y se convirtió en un profesional prestigioso formado en centros docentes de mucho más nivel que las facultades de Medicina. Es ilustrativo que a los más destacados cirujanos de la época (McGrigor, Guthrie, Percy, Larrey, Gimbernat y Castelló) se les concedió título nobiliario en sus respectivos países.

La figura más destacada de la Cirugía Española en esa época fue **Antonio Gimbernat Arbós** (Fig. 7). Después de estudiar en el Real

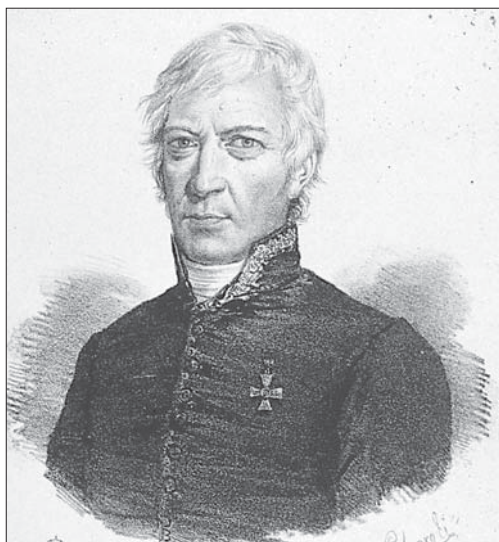


FIG. 5. Antonio Hernández Morejón. Por Cayetano Palmaroli. Biblioteca Nacional.

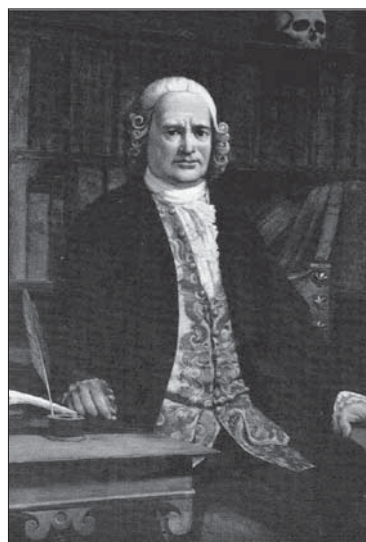


FIG. 6. Pedro Virgili Bellver. Por Oller Gaofré. Galería de catalanes ilustres. Barcelona



FIG. 7. Antonio Gimbernat Arbós. Por José Teixidor. Museo de Arte Moderno. Barcelona.



FIG. 8. José Queraltó. Por Francisco de Goya. Neue Pinakothek. Munich.



Colegio de Cirugía de Cádiz se trasladó a Barcelona, donde describió el ligamento que lleva su nombre en el libro *Nuevo método de operar en la hernia crural*. Carlos III le patrocinó durante cuatro años la ampliación de estudios en París, Edimburgo, Leiden y Ámsterdam. A su regreso, en 1787, se le encargó la creación del Real Colegio de Madrid y fue nombrado cirujano de cámara. Durante la Guerra de la Independencia presidió el Consejo de Salud Pública de José I. Con el retorno de Fernando VII fue postergado y falleció en Madrid en 1816, pobre y casi ciego por una operación de cataratas que se complicó.

Trayectoria opuesta tuvo otro de los grandes cirujanos de la época, **Pedro Castelló Ginestra**. Después de estudiar en el Real Colegio de Barcelona pasó como profesor al de Madrid en 1801. Se negó a colaborar con las nuevas autoridades y escapó a Mallorca. Al final de la contienda, curó a Fernando VII de un grave ataque de «gota visceral» y el monarca le recompensó nombrándolo médico de cámara. Con su influencia personal logró, por el decreto de 14 de julio de 1827, que se fusionaran la Medicina y la Cirugía. Sus modernas ideas educativas las expuso en la *Memoria sobre el arreglo de la ciencia de curar* (1826). Antonio Hernández Morejón deshizo la obra unificadora de Castelló mediante el decreto del 30 de enero de 1836. Hubo que esperar hasta 1845 para que la Sanidad Militar de España quedara definitivamente unificada.

Otro gran defensor de la unificación fue **Leonardo Galli Camps**, cirujano militar formado en el real colegio catalán. Es considerado el introductor en España de la Traumatología experimental, por publicar en 1795 su celeberrima obra *Nuevas indagaciones acerca de las fracturas de la rótula y de las enfermedades que con ella tienen relación*. La escribió a raíz de una fractura de ese hueso que sufrió la Infanta María Josefa y, según Laín Entralgo, es la aportación más original de un español a la Cirugía del siglo XVIII.

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

La Terapéutica se regía por los principios vigentes en el siglo XVIII, aún no se sintetizaban principios de utilidad terapéutica y los

medicamentos provenían de la Naturaleza. Del reino animal sólo merecen ser recordados el aceite de hígado de bacalao y las sanguijuelas, que tenían efecto antitrombótico al producir hirudina, un polipéptido que actualmente se obtiene por ingeniería genética. De los minerales, las sales de mercurio y antimonio, pese a su toxicidad, tienen utilidad en nuestros días. De las múltiples plantas de pretendido efecto terapéutico sólo cabe recordar la adormidera, la chinchona y la dedalera o digital.

El opio, jugo desecado de la flor de la adormidera, se conocía desde antiguo por su poder analgésico e hipnótico. Sydenham en 1660 formuló una tintura, el láudano, que permitía su correcta dosificación; 10 ó 20 gotas eran equivalentes a unos 10 mgrs. de morfina. Aunque este alcaloide fue aislado en 1804 por el alemán Friedrich Wilhelm Sertürner no se generalizó su uso como analgésico hasta mediados del siglo XIX.

Del arbusto chinchona, nombre dado por Linneo en honor a la Condesa de Chinchón, lo útil es la corteza que contiene entre un 6-15% de alcaloides, entre los que la quinina es el principal. Este principio activo no se consiguió aislar hasta 1820 por Pierre Joseph Pelletier. Los polvos de quina fueron traídos de América en 1638 por el médico Juan de Vega y rápidamente se difundieron por Europa para el tratamiento de las «calenturas».

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

En las guerras napoleónicas las bajas por **enfermedad** superaban diez veces a los heridos. La desnutrición afectaba a casi toda la población civil y las enfermedades carenciales más graves, el escorbuto y el beri-beri, hicieron estragos. A las enfermedades infecciosas comunes se unieron repetidas epidemias de viruela, disentería bacilar, tifus exantemático y, en Levante, fiebre amarilla o «vómito negro». No hubo casos de peste, ya que la última epidemia en el continente europeo había tenido lugar en la zona de Marsella entre 1720 y 1722. El cólera no llegó a Europa, a través de Rusia, hasta 1830.

Las grandes batallas de la época eran muy sangrientas y **los traumatismos** eran producidos por las mismas armas que el siglo XVIII. En la llamada Batalla de las Naciones de Leipzig, del 16 al 19 de octubre de 1813, participaron unos 450.000 soldados. Murieron en combate unos 100.000 y resultaron heridos alrededor de 34.000, de los que fallecieron más de la tercera parte.

El magnífico libro *Men of Steel. Surgery in napoleonic wars (2007)*, del general médico británico Michael Crumplin, permite obtener interesantes datos aproximados.

TABLA I: **Etiología de las lesiones**

- 74% Armas de fuego
  - Bala de fusil 62%
  - Bala de cañón 8%
  - Metralla 4%
- 20% Armas Blancas
  - Sable y espada 14%
  - Lanza y cuchillo 4,5%
  - Bayoneta 1,5%
- 4% Fracturas y contusiones
- 2% Quemaduras

TABLA II: **Topografía de las lesiones**

- 45% Miembro inferior
- 27% Miembro superior
- 19% Tronco
- 9% Cabeza

**La asistencia a las bajas** se iniciaba en los **Hospitales de primera línea** (Hospital de Sangre, *Field hospital*, *Hôpital de secours*). Se habilitaban en espacios próximos al campo de batalla, que muchas veces eran granjas o simples cobertizos. No existía el concepto de *triage*. La cirugía estaba limitada por unas técnicas de hemostasia poco desarrolladas y por la falta de control del dolor.

Larrey consideraba imprescindible realizar el tratamiento quirúrgico en las primeras 24 horas, que el denominaba «ventana de oportunidad», antes de que se iniciaran los fenómenos inflamatorios, además había una cierta anestesia local por efecto del traumatismo.

Posteriormente los heridos se trasladaban a los **Hospitales de retaguardia**, que frecuentemente se instalaban en grandes edificios, no construidos para ese fin, denominados «hospitales efímeros».

Hay numerosa referencias sobre las inhumanas condiciones de sus hospitales militares en España. En el *Discurso económico-políti-*

*co sobre los hospitales de campaña*, publicado en Valencia en 1814 y atribuido a Hernández Morejón, se afirma: «Era horrible y lastimoso el estado de los hospitales, convertidos en casas de horror y desesperación y sepulturas de nuestros soldados».

En estas condiciones **la infección** afectaba al 90% de las heridas, la que no se contaminaba en el campo de batalla lo hacía en el hospital. La mortalidad de los amputados, por sepsis, gangrena o tétanos, llegaba al 50%.

Son sorprendentes las escasas referencias sobre **el dolor** en los escritos de la época. El reciente traumatismo y la isquemia del torniquete producían cierta disminución de la percepción del dolor. Es falsa la idea popular de que se administraban bebidas alcohólicas con finalidad analgésica. En el postoperatorio, a veces se administraban unas gotas de láudano.

**La técnica quirúrgica** era más avanzada de lo que comúnmente se piensa. En las heridas que interesaban al cráneo sólo se realizaba extracción de cuerpos extraños y limpieza, la meningitis solía acabar con el paciente, aunque se describen heridos con pérdida de masa encefálica que sobrevivieron. Sólo se practicaba la trepanación en casos de fundada sospecha de hematoma intracraneal.

En el tórax, los proyectiles, frecuentemente, quedaban alojados en la pared y se trataba de extraerlos. Si con los escasos medios diagnósticos, sólo la sintomatología y la percusión, se sospechaba un hemotórax, se realizaba una punción torácica. Precisamente, Larrey ideó un trocar para evacuar empiemas pleurales que tuvo gran éxito.

Las heridas de abdomen que afectaban a una víscera maciza solían ser mortales por dificultad para controlar la hemorragia. La lesión de la vía digestiva o urinaria no siempre causaba la muerte por peritonitis, se describieron casos que sobrevivieron con una fístula urinaria o estercorácea. Las lesiones de la pared abdominal se reparaban con una técnica muy depurada, ya que la cirugía herniaria estaba bien establecida. Los cirujanos avezados practicaban suturas intestinales con supervivencia.

Los grandes traumatismos de las extremidades terminaban frecuentemente en amputación, cuya técnica estaba perfectamente diseñada. Larrey era un defensor empedernido de la exéresis precoz para dejar heridas limpias, con menor riesgo de infección y de hemorragia secundaria por dehiscencia de las suturas. Los cirujanos españoles y los británicos, sobretudo Guthrie, se mostraban mucho más conservadores y recomendaban la amputación sólo en caso de

grandes destrucciones. La decisión de amputar, con la elevada mortalidad de la época, era muy arriesgada, pero el no hacerlo también. Nelson sobrevivió a la amputación del brazo derecho por una herida anfractuosa sufrida en el fracasado asalto a Tenerife en el 1797; el almirante Gravina falleció 3 meses y medio después de Trafalgar a consecuencia de una herida en el brazo izquierdo que se trató de forma conservadora.

La escuela española también era muy conservadora en el tratamiento de las heridas, siguiendo las enseñanzas de los grandes maestros **Francisco Puig Pallás**, autor en 1782 del *Tratado teórico-práctico de las heridas por arma de fuego* y **Fernando Canivell Vila**, catedrático del Real Colegio de Cádiz, que redactó en 1789 el *Tratado de las heridas por arma de fuego*. Sus enseñanzas fueron difundidas por **José Queraltó** (Fig. 8), profesor de Madrid que, aunque había fallecido en 1805, tuvo una importancia decisiva en la Cirugía Militar de la Guerra de la Independencia al haber sistematizado la «cura española» de las heridas, en especial de las causadas por arma de fuego. La esencia de esa cura, que fue adaptada por los cirujanos de los otros ejércitos, era realizar pocas incisiones, evitar bálsamos y pomadas que entorpecían la reparación natural, así como descubrir lo menos posible las heridas pues «el contacto con el aire es muy dañoso, singularmente cuando el aire está infeccionado, como sucede en los hospitales». A pesar de la importancia que tuvo Queraltó, no hay constancia de ninguna publicación suya sobre estos temas. Sus enseñanzas las conocemos a través de referencias hechas por otros autores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALSINA ÁLVAREZ, F.J.: «Consideraciones sobre el apoyo sanitario en combate urbano». *Med Mil* (Esp) 2006; 62 (4): 230-244.
2. ANEL, J.: *Historia del uniforme de Sanidad Militar*. La Coruña: Editorial Bonsao, 1994.
3. ANÓNIMO: *Le Service de Santé des armées napoléoniennes*. <http://aigleconquer.ifrance.com/divers/servicesante.htm>
4. ANÓNIMO: *Barón Pierre-François Percy 1745-1825. Chirurgien militaire français*. <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/percy.html>
5. ANÓNIMO: *Dominique Larrey (1766-1842)*. <http://www.cheminsdememoire.gouv.fr/page/affichegh.php?idGH=521&dLang=>

6. ARCARAZO, L.A.: *Asistencia sanitaria en Zaragoza durante la Guerra de la Independencia Española (1808-1814)*. Zaragoza: Institución «Fernando el Católico», 2007.
7. ARTOLA, M.: *La Guerra de la Independencia*. Madrid: Espasa-Calpe S.A., 2007.
8. BELAUSTEGUI, A.: *José Salvany y otros médicos militares ejemplares*. Madrid: Ministerio de Defensa, 2006.
9. BLANCO, R.L.: *Wellington's Surgeon General, Sir James McGrigor*. Dirham, N.C: Duke University Press, 1974.
10. CIERVA, R. de la: *Historia Militar de España*. Tomo 5.º. Madrid: Planeta S.A., 1984.
11. CINTORA, P.: *Historia ilustrada de la Farmacia*. Zaragoza: Editorial Aguaviva S.A., 1987.
12. CRUMPLIN, M.: *Men of steel. Surgery in the Napoleonic Wars*. Shrewsbury (G.B): Quiller Press, 2007.
13. FRASER, R.: *La maldita guerra de España. Historia social de la Guerra de la Independencia. 1808-1814*. Barcelona: Editorial Crítica S.L., 2006.
14. GRANJEL, L.S.: *Historia de la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid: Taravilla; 2006.
15. HOWARD, M.R.: «Sir James McGrigor: The scalpel and the sword. The autobiography of the father of Army Medicine». *J R Soc Med* 2001; 94: 367-368.
16. MASSONS, J.M.: *Historia de la Sanidad Militar Española*. Tomo 2.º. Barcelona: Comares Corredor S.A., 1994.
17. MASSONS, J.M.: *Historia del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona (1760-1842)*. Barcelona: Fundació Urriach, 2002.
18. MCGRIGOR, M.: *The scalpel and the sword. The autobiography of the father of the Army Medicine*. Dalkeith (G.B.): Scottish Cultural Press, 2000.
19. MILNE, I.: *Sir John Pringle's observations on the diseases of the Army. An early scientific account of epidemiology and prevention of cross infection*. <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/59/11/966>
20. MOLINER, A. (ed.): *La Guerra de la Independencia en España (1808-1814)*. Alella (Barcelona): Nabla Ediciones, 2007.
21. MONTSERRAT, S.: *La Medicina Militar a través de los siglos*. Madrid: Imprenta del Servicio Geográfico del Ejército, 1946.
22. SCHOTT, H.: *Crónica de la Medicina*. Barcelona: Plaza y Janés S.A., 1993.
23. SCHWEIZER, H.: *Encyclopaedia Universales. Thesaurus*. París: Encyclopaedia Universales France S.A., 1985.
24. SOUBIRAN, A.: *Le Baron Larrey, chirurgien de Napoléon*. París: Fayard, 1966.
25. VACA DE OSMA, J.A.: *La Guerra de la Independencia*. Madrid: Espasa Calpe S.A., 2002.
26. WATTS, J.C.: «George James Guthrie. Peninsular surgeon». *Proc R Soc Med* 1961; 54 (9): 230-244.

**INTERVENCIÓN DEL EXCMO. SR. D. JUAN MANUEL MONTERO VÁZQUEZ**

No sería justo si mis palabras no fueran de gratitud a esta Real Academia, en la que uno entra con profunda veneración, respecto y cargado del peso de la historia; vieja Academia que tiene una trayectoria muy paralela a la Sanidad Militar desde hace mucho tiempo sin que sean figuras tan relevantes como Mariano Gómez Ulla, la única y la más excelsa de todos los que han ocupado estos asientos y esta tribuna. Muchas gracias, Presidente. El honor que me otorga estar presente en esta tribuna no lo asumo debido a mi humilde persona, sino como homenaje a la Sanidad Militar.

Entrando en la conferencia de mi viejo compañero, ya que fuimos compañeros en la Academia de Sanidad Militar y he seguido muy de cerca su trayectoria. Él sigue siendo médico militar en la reserva y nos ha puesto entre los ojos las grandezas y algunas miserias. Globalmente, esta nación que se llama España tiene que estar orgullosa de una Sanidad Militar que nos ha servido de guía y norte, y que ha sido precursora de muchas acciones, y no es desconocido por ninguno de ustedes que los grandes avances médicos se han producido en el contorno de las grandes guerras, incluyendo las más recientes.

Ponernos ante esta evidencia nos pone también ante el compromiso que la Sanidad Militar, que en este momento me honro en presidir, tiene que ser consciente de la responsabilidad de que el futuro sea lo más brillante posible.

Alfonso, muchas gracias por tu conferencia.