

LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN EL NORTE DE ÁFRICA Y SUS RELACIONES CON LA ORDEN FRANCISCANA MENOR (1877-1926)

SPANISH MILITARY HEALTH IN NORTH AFRICA AND ITS RELATIONS WITH THE LOWER FRANCISCAN ORDER (1877-1926)

Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz
c/ Cigüeña 3, Urbanización Soto del Real, 11100, San Fernando (Cadiz)
956 886 468 – 669 139 625
baupres@comcadiz.es
baupres@movistar.es

Trabajo galardonado con el Premio "General Darías Montesinos" convocado por la Real Academia sobre Sanidad Militar

Resumen

Tras la pérdida de las colonias americanas en las postrimerías del siglo XIX, España volvió la mirada al norte de África, en parte impulsada por las potencias internacionales que buscaban un equilibrio que limitase el poder de Alemania. La inestabilidad de la zona con cabilas insurrectas que no reconocían el poder del sultán de Marruecos, obligó al Ejército español a un importante despliegue que no disminuiría hasta la pacificación del Rif por el general Primo de Rivera en 1926. La Sanidad Militar tuvo un trascendental papel no solo en el cuidado del colectivo castrense sino asistiendo y mejorando la situación socio-sanitaria de la población indígena.

Durante ocho siglos la Orden Franciscana Menor ha intervenido en Marruecos en el campo de las relaciones humanas, sociales, políticas, culturales y religiosas, con acciones caracterizadas siempre por su carácter minoritario y una actitud desinteresada rindiendo un gran servicio a la sociedad indígena. La presencia de la Orden se retrotrae al primer cuarto del siglo XIII cuando se dedicó a la redención y apoyo espiritual de los cristianos cautivos. Su papel en la asistencia socio-sanitaria se incrementó en el último tercio del siglo XIX y primer cuarto del XX cuando numerosos españoles emigraron al norte de África, y en particular a la ciudad internacional de Tánger.

El presente artículo versa sobre la cooperación socio-sanitaria-cultural entre miembros de la Sanidad Militar española y de la Orden Franciscana Menor en Tánger durante los periodos de prefectura y vicariato apostólicos de los religiosos José María Lerchundi

(1877-1896) y Francisco María Cervera (1908-1926), así como el papel de la Sanidad Militar durante las primeras décadas del Protectorado Español.

Summary

After the loss of American colonies in the late 19th century, Spain turned its sights to North Africa, partly driven by international powers seeking a balance that limited Germany's power. The instability of the area with insurgent cabilas that did not recognize the power of the sultan of Morocco, forced the Spanish Army to a major deployment that would not diminish until the pacification of the Rif by General Primo de Rivera in 1926. Military Health played a momentous role not only in the care of the military collective but by assisting and improving the socio-health situation of the indigenous population. For eight centuries the Franciscan Minor Order has intervened in Morocco in the field of human, social, political, cultural and religious relations, with actions always characterized by its minority character and a selfless attitude performing a great service to indigenous society. The presence of the Order goes back to the first quarter of the thirteenth century when it was dedicated to the redemption and spiritual support of captive Christians. Their role in socio-health care increased in the last third of the 19th and first quarters of the 20th century when many Spaniards emigrated to North Africa, and in particular to the international city of Tangier. This article concerns the socio-health-cultural cooperation between members of the Spanish Military Health and the Minor Franciscan Order in

Tangier during the periods of prefecture and apostolic vicariate of religious José María Lerchundi (1877-1896) and Francisco María Cervera (1908-1926), as well as the role of Military Health during the first decades of the Spanish Protectorate.

ESCENARIO HISTÓRICO-POLÍTICO-CASTRENSE

Tras la conquista de Granada en 1492 y la expulsión de los moros, España intentó establecer una línea defensiva en la otra orilla del estrecho de Gibraltar. La conquista de América implicó que orientase sus esfuerzos hacia el nuevo continente, abandonando una empresa vital para su seguridad, constituyéndose África en un asunto secundario. A mediados del siglo XIX, durante el Romanticismo, lo oriental se convirtió en referente internacional y España, tras perder gran parte de los territorios americanos, volvió la mirada al Mediterráneo.

Durante la transición del siglo XIX al XX, las potencias imperialistas —Inglaterra, EEUU, Francia, Alemania y Japón— buscaron ejercer una política más internacional que regional. Los cambios en el pensamiento de la época conllevaron a movimientos técnicos-culturales, a un desarrollo tecnológico y a una segunda revolución industrial, arrastrando a las potencias a involucrarse firmemente en el asunto marroquí. En España se evidenció el agotamiento del sistema de la restauración monárquica, por la incapacidad de sus políticos para enfrentarse a la quiebra político-social y a los movimientos revolucionarios, que redoblaron sus intentos de derrocar a La Corona.

En la época precolonial, Marruecos estaba dominado por dos mayorías étnicas, bereberes y árabes. Los primeros asentados en las zonas montañosas del norte (El Rif), del centro (Atlas Medio y Gran Atlas) y del sur (Anti Atlas), así como las zonas desérticas del sur (El Sus y el Dráa), mientras los árabes ocupaban las planicies atlánticas. En la segunda mitad del siglo XIX, los franceses, en un intento de simplificar la cuestión, dividían el país en dos grandes áreas: el *blad-maizén*, o tierra del gobierno en la que habitaban las tribus arabizadas que acataban las normas del sultán, y el *blad al-siba*, o tierra sin gobierno donde se localizaban las tribus bereberes indómitas que vivían conforme a sus leyes tribales. Estos últimos se mantuvieron fuera de la autoridad del sultán hasta bien entrado el siglo XX (1).

En este contexto, en agosto de 1859 tuvo lugar el ataque de un grupo de rifeños a un destacamento español que custodiaba las reparaciones en diversos fortines de Ceuta, lo que desencadenó la conocida

como Guerra de África. Tras la victoria española en la batalla de Wad Ras del general Leopoldo O'Donnell —jefe del gobierno de Isabel II— se firmó el Tratado del mismo nombre con el sultán Mohamed IV (26 de abril de 1860), en virtud del cual Marruecos aceptó el pago a España de cuatrocientos millones de reales en concepto de indemnización de guerra. España ocuparía la plaza de Tetuán en tanto no se pagara la indemnización acordada. Se ratificó el convenio que había sido firmado el 24 de agosto de 1859 sobre Melilla, que incrementaba su perímetro fuera del área fortificada y los peñones de Vélez de la Gomera y Alhucemas. Se aumentaba el área de dominio de Ceuta y sus alrededores, incluyendo todo el territorio que iba desde el mar, pasando por los altos de la Sierra de Bullones, hasta el barranco de Anghera, así como la cesión a perpetuidad a España de un territorio alrededor del fortín de Santa Cruz de la Mar Pequeña, establecido en la costa atlántica en tiempos de Isabel la Católica. Con ello se recuperaría la explotación de la pesca en la zona. Este territorio pasaría a llamarse más tarde, Ifni.

Tras la firma del Tratado los prisioneros españoles y marroquíes fueron liberados, mejorando ostensiblemente las relaciones entre las dos naciones. Se autorizó el establecimiento en Fez de una casa de misioneros españoles con especiales privilegios y exenciones, similar al establecido en Tánger. Años antes, en 1845, Antonio de Beramendi y Freire, cónsul general de España en Tánger, escribía al ministro de estado de Isabel II, Francisco Martínez de la Rosa, acerca del beneficio civilizador para España de las misiones franciscanas en Marruecos.

La influencia de España fue creciendo paulatinamente durante el resto de la centuria decimonónica, años en los que se había producido un incremento de la población foránea en el norte de África. Según consta en el censo realizado por los franciscanos en la misión católica de Tánger en 1860, la población española asentada en la ciudad ascendía a 657 personas.

La anterior situación de convivencia pacífica finalizó en 1893, cuando unos seis mil guerreros de treinta y nueve cabilas invadieron la periferia de la ciudad de Melilla, que contaba con una guarnición de cuatrocientos soldados. Tras diversos enfrentamientos, el general Arsenio Martínez Campos consiguió en 1894 que se firmase el Tratado de Paz de Marrakech por el que Marruecos se comprometió a pagar a España veinte millones de pesetas en reparaciones de guerra (2).

En los primeros años del siglo XX, cuando las potencias internacionales invirtieron su energía en ocupar un

puesto en el nuevo orden mundial, España tuvo una mediocridad general en su clase política a consecuencia de los deficientes programas educativos y de su aislamiento. Gobiernos inestables y políticos enzarzados en guerras intestinas dieron como resultado una incoherente política exterior, diseñándose la hegemonía en el norte de África entre Francia (Quai d' Orsay), Inglaterra (Foreign Office) y Alemania (Reichskanzler).

La muerte del sultán Muley Hassan I en 1894 originó un vacío de poder, arrastrando al imperio alauita a un estado de anarquía, que se manifestó con especial virulencia en los territorios insumisos del norte. La llegada de la especulación minera permitió a los caciques locales enriquecerse y convertirse en señores de la guerra, con capacidad para movilizar a miles de hombres, canalizando la violencia social en su propio beneficio (1).

Posteriormente, entre marzo de 1905 y mayo de 1906, tuvo lugar la crisis internacional referida al estatus colonial de Marruecos, conocida como Primera Crisis Marroquí ó Crisis de Tánger. La República Francesa pretendía reafirmar su posición en Marruecos, contando para ello con el apoyo del Reino Unido y España, aspiración que el Segundo Reich alemán entendía como lesivo para sus intereses. La crisis alcanzó su punto álgido a mediados de junio de 1905.

Finalmente, entre el 16 de enero y el 7 de abril del 1906 se desarrolló la Conferencia de Algeciras con el objetivo de solucionar la crisis y el enfrentamiento entre las dos potencias. La conferencia finalizó consolidando la influencia francesa y española sobre Marruecos, al tiempo que se acordaba el control internacional de Tánger y el establecimiento de una fuerza policial internacional en los puertos de Marruecos dirigida por un comandante de la policía que preferentemente debía proceder de un país europeo neutral (2).

En la campaña de 1909 el Gobierno español asumió que tenía que cumplir los compromisos internacionales a raíz de la presión internacional. Los revolucionarios intentaron desestabilizar el país y derrocar a La Corona. La clase política se convenció en ejercer un férreo control sobre la acción militar, con maniobras muy dubitativas hasta la llegada al poder en 1923 de Miguel Primo de Rivera, que era capitán general de Cataluña. Su dictadura duró desde el 13 de septiembre de 1923 hasta el 30 de enero de 1930, siendo sustituido por la dictablanda del general Dámaso Berenguer Fusté (1).

Años más tarde, en 1911, estalló la conocida como Segunda Crisis Marroquí, originándose una revuelta de las cabilas contra el sultán de Marruecos Abd al-Hafid (1908-1912). España y Francia respondieron con operaciones militares para restablecer el control en el territorio. Aprovechando la situación, el káiser envió un buque al puerto de Agadir —ciudad estratégicamente importante por su ubicación en la zona francesa del Protectorado— con el pretexto de proteger a los comerciantes alemanes de la zona ante las revueltas, excusa que ocultaba el interés por instalar una base naval permanente en ese puerto.

En la consecuente crisis franco-alemana, el Reino Unido se opuso frontalmente a la pretensión alemana y mostró desde el inicio del contencioso su apoyo a Francia. En esta coyuntura, el Segundo Reich, al objeto de evitar un doble frente contra franceses y británicos, reconoció los derechos territoriales de Francia en el Tratado de Fez (marzo de 1912), pero a cambio exigió una compensación por las presuntas pérdidas alemanas al no poder penetrar en Marruecos. La crisis se solventó con la firma de un acuerdo franco-alemán por el que Alemania dejaba a Francia manos libres en Marruecos y, a cambio, el Segundo Reich se hacía cargo del norte del Congo —actual Camerún— ampliando así su territorio.

Tras el Tratado Hispano-Francés —firmado el 27 de noviembre de 1912— Francia reconoció el otorgamiento a España de la zona norte de Marruecos, configurándose el Protectorado Español, con capital en Tetuán, fijándose los límites entre las zonas francesa y española al norte del río Uarga. El norte de Marruecos quedó integrado en las posesiones españolas africanas que incluyeron además el Sahara Español, Ifni —territorio que fue provincia española hasta 1969—, las islas de Fernando Poo, Annobón y Río Muni —antigua Guinea Española, y desde 1968 Guinea Ecuatorial—.

No obstante, hubo que esperar hasta febrero de 1913 para que España comenzara a ocupar la zona de Tetuán, tras la maniobra dirigida por el general Felipe Alfau Mendoza. La dominación del Protectorado en su totalidad se produjo catorce años después, en 1927, dividiéndose la zona en cinco regiones administrativas: Yebala, Gomera, Lucus, Rif y Kert.

La acción del Protectorado Español tuvo una duración efectiva de veintiocho años (1927-1956), ya que en el periodo comprendido entre 1912 y 1927, la misión fundamental fue la de pacificación de la zona norte asignada. Es preciso señalar que el estallido de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) supuso, ante la

neutralidad española en el conflicto, la práctica paralización de sus actuaciones sobre el territorio marroquí y de la ocupación de más territorios, con el objetivo de evitar la respuesta armada de las otras potencias europeas con intereses estratégicos en la zona (Francia y el Reino Unido).

Finalizado el conflicto mundial se reanudaron las acciones militares que llevaron en 1919 al Alto Comisario, general Dámaso Berenguer Fusté, a establecer la paz en Anyera, El Haus y Wad Ras. Un año más tarde, en 1920, fueron conquistadas las alturas del Gorges y Ben Karrich y, en septiembre del mismo año, las de Beni Hasan y Xauen. La campaña de pacificación sufrió un duro revés con la rebelión de las cabilas, lideradas por Abd el-Krim, que se precipitó en el Desastre de Annual (julio de 1921).

La victoria rifeña se tradujo en la proclamación de la República del Rif por parte de Abd el-Krim. Las incursiones de este último sobre zonas del Protectorado Francés determinaron un efectivo entendimiento franco-español que culminó, el 8 de septiembre de 1925, con el desembarco español en Alhucemas, acción que supondría el fin de las guerras de Marruecos y el inicio de la pacificación definitiva de la zona, hecho que concluiría en 1927.

Paralelamente a las acciones militares conducentes a la pacificación de Marruecos, el general Miguel Primo de Rivera pretendía la celebración de una conferencia internacional sobre la zona internacional de Tánger, de la que formarían parte Italia, Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos. Tanto franceses como británicos se oponían a su celebración, prefiriendo una conferencia anglo-franco-española. Tras varios intentos de difícil entendimiento político y después de una reunión celebrada el 25 de julio de 1928, las cuatro potencias firmaron el nuevo convenio que fue ratificado el 6 de septiembre del mismo año. A raíz de la firma de este acuerdo, España regresó al seno de la Sociedad de Naciones.

A pesar de los conflictos políticos es preciso resaltar la labor que realizó Primo de Rivera a finales de los años veinte, época en la que la sanidad española en territorio marroquí alcanzó un gran auge, creándose instituciones a nivel asistencial y de salud pública, como el inicio de campañas para la erradicación del paludismo. No obstante, hasta años más tarde no llegó a consolidarse en el Protectorado una sanidad preponderante civil respecto a la militar (2).

LA ORDEN FRANCISCANA MENOR EN MARRUECOS

Marruecos forma parte de la misión más antigua de los frailes menores. Los hermanos franciscanos llegaron a Marraquech en el año 1219, viviendo aún san Francisco de Asís (1182-1226), dedicándose inicialmente a la redención y auxilio espiritual de los cristianos cautivos que gemían en las cárceles. Fueron cinco religiosos, fray Bernardo de Corbio, fray Pedro de Geminiano, fray Oton, fray Adyunto y fray Arcuso —estos dos últimos italianos—, siendo todos martirizados. Los primeros obispos nombrados por la Santa Sede en territorio almohade, fueron el dominico fray Domingo en 1225 y el franciscano fray Ángel en 1226, mitrado de Fez.

Posteriormente, mediante sucesivos tratados (dahires), los sultanes autorizaron la fundación de misiones al considerar su valioso asesoramiento en materia sanitaria, económica y política, tras haber acreditado su lealtad a los monarcas cristianos. Mediante esos dahires se les permitía entrar, salir por cualquier puerta; establecerse donde quisieran; administrar justicia y caridad entre los cautivos; tener un ejercicio libre de comercio —gracias a la exención de aduanas y registros de cualquier clase—; y gozar de un respeto absoluto a sus establecimientos, iglesias y centros de enseñanza. En palabras textuales, «tratarles con cariño, respeto y veneración y que nadie se meta con ellos pues están aquí para desempeñar su ministerio».

«Te ordenamos —decía en 1727 el sultán Mulay Mohammed Ben Ismail a su hijo Mulay Abdelkrim— que los que ofendieren a los frailes los envíen cargados con grillos, y a todo el que maltrate a frailes y cristianos mercaderes, no tengo más enemigo que él». A continuación, el sultán le ordenaba que encarcelase al alcaide Abderrahman Zihir Embarec y «que sin tardanza devuelva a los frailes todo lo que les quitó hasta que no quede por recobrar siquiera un cabello».

Desde el siglo XIV al XVII los misioneros españoles ejercieron el apostolado entre los cautivos españoles bajo la autoridad de obispos que residían habitualmente en Sevilla. En 1630 el obispado de Marruecos fue reducido a la categoría de prefectura apostólica dependiente de Roma y fue encomendada a los franciscanos de San Diego de Andalucía que permanecieron siempre a su servicio. Los franciscanos sirvieron de intermediarios en el rescate e intercambio de cautivos musulmanes y cristianos entre España y Marruecos (3).

A mediados del siglo XVII las actividades de las comunidades católicas asentadas en la zona occidental de norte de África estaban supervisadas periódicamente

S. Mig. Ultramar El otro Settlemento alarache en entrambos ay Iyles. Parrochial Confu-
 pita & Bautismo, y pone el obispo un Vicario para adm. Los Sacram.
 a los Soldados y gente de los presidios = En el Puerto de San Miguel
 Obispa adman P. Capuchinos por lamajor Conuenua que
 tiene el que asistan alli dhos Religiosos esto se hizo con asistencia de su
 Mag. Catholica y la Sacra Congregation de Propaganda fide de lo fa-
 inbuído misionarios App. y ha en gran furo en el Consuelo de lo y
 Cañeros de Salé, y en la conversion de los moros que con el buen exemplo
 se reducen y pasan a dhaplaca, el qual se remiten a Estauil. de
 Cadix, donde se Catequican y se les da el Agua del Santo, Bautismo.

Figura 1. Visita Ad Limina Apostorum a los presidios de San Miguel de Ultramar y Salé, presentada por el obispo fray Francisco Guerra en 1655 al papa Inocencio X. Archivo Secreto Vaticano, Congr. Concilio Relat. Dioc., 354, f 144v. Cortesía del Dr. Francisco Glicerio Conde Mora.

Marache En el Puerto de Marache ay conuiento muy antiguo de la Orden de S. Agustín
 de la Orden de S. Agustín cuyo guardian y Religiosos administran
 Los Sacramentos, y amostrado la experiencia conoçidamente la
 grande Utilidad y provecho Espiritual para las almas y los moros
 de aquella Placa en que asistan alli dhos Religiosos por que se conser-
 uen en muchas paz = y se hacen alli Exercicios de Virtud. en la ygle.
 en todos Tiempos — —

Figura 2. Visita Ad Limina Apostorum a la plaza de Larache presentada por el obispo fray Francisco Guerra en 1655 al papa Inocencio X. Archivo Secreto Vaticano, Congr. Concilio Relat. Dioc., 354, f 144v. Cortesía del Dr. Francisco Glicerio Conde Mora.

por el obispo de Cádiz y Algeciras. Se conservan en el Archivo Secreto Vaticano las visitas Ad Limina Apostorum a los presidios de San Miguel de Ultramar —auxiliado por padres capuchinos— y Salé, y a la plaza de Larache —a cargo de frailes franciscanos— presentadas por el obispo fray Francisco Guerra en 1655 al papa Inocencio X (Figuras 1 y 2).

A mediados del siglo XVIII se fueron incrementando las pequeñas comunidades de comerciantes europeos en las ciudades de la costa del norte de África. A principios del siglo XX el papa Pío X creó la Prefectura Apostólica de Marruecos que poco más tarde se dividiría en dos vicariatos con sede en Tánger y Rabat, origen de los actuales arzobispados. Desde 1956 —durante el papado de Pío XII— la sede arzobispal de Tánger depende de la Santa Sede, estando la archidiócesis relacionada desde su inicio con la Orden Franciscana Menor, habiendo sido todos sus obispos franciscanos, así como la mayoría del clero de la diócesis.

La Orden Franciscana ha dispuesto de muchos traductores en el norte de África lo que permitió a la institución la dedicación a numerosas tareas:

Nombres	Periodo	Cargos
Jose María Lerchundi	1877-1896	Prefecto apostólico
Francisco María Cervera	1908-1926	Vicario apostólico
Jose María Betanzos	1926-1948	Vicario apostólico
Francisco Aldegunde	1948-1974	Arzobispo
Carlos Amigo Vallejo	1974-1982	Arzobispo
Ramón Lourido	1982-1983	Administrador apostólico
Antonio Peteiro Freire	1983-2005	Arzobispo
José Seijas	2005-2007	Administrador apostólico
Santiago Agrelo	2007-	Arzobispo

Tabla I. Franciscanos al frente de la Diócesis de Tánger (4)

lingüísticas, culturales, pedagógicas, humanísticas, teológicas (difusión de la fe), científicas (difusión de conocimiento) y políticas (diplomacia como interpretes).

COOPERACIÓN SANITARIA Y CULTURAL ENTRE LA SANIDAD MILITAR Y LA ORDEN FRANCISCANA MENOR EN TÁNGER.

Para conocer la historia de la cooperación española en la ciudad internacional de Tánger a finales del siglo XIX es preciso detenerse en la idiosincrasia de dos personas emblemáticas, Felipe Olivo Canales y Jose María Lerchundi.

El primero de ellos, Felipe Ovilo Canales nació en Segovia el 21 de julio de 1850 y falleció en Madrid el 2 de abril de 1909. Fue subinspector médico de segunda clase —equivalente a teniente coronel médico— de la Sanidad Militar española y un destacado higienista en el ámbito castrense y civil, además de un activo protagonista en movimientos como el Regeneracionismo y el Africanismo. A lo largo de sus treinta años de servicio participó en varios conflictos bélicos, como la Guerra de los Diez Años (1868-1878) y la guerra de la independencia cubana (1895-1898). En tiempos de paz destacó por sus trabajos en el Laboratorio de Histología del Hospital Militar de Madrid y sobre todo en Marruecos, donde fue destinado como agregado militar a la legación española en Tánger, ejerciendo como médico consultor del Consejo Internacional de la ciudad tingitana, un organismo encargado de la sanidad marítima marroquí. En el país africano desempeñó múltiples labores diplomáticas tanto en Rabat como en Marrakech, durante el reinado del sultán Hassan I. Fue socio fundador de la Sociedad Española de Higiene de Francisco Méndez Álvaro siendo comisionado por el gobierno español para estudiar la epidemia de cólera de 1884 en Tolón y como delegado auxiliar en la Conferencia Sanitaria Internacional de Roma en 1885. Escritor prolífico y destacado articulista, publicó memorias científicas, entre ellas El Cólera en Tánger editada en esa ciudad en 1895 por la Imprenta de J. Lugaro.

José María Lerchundi nació en Orio (Guipúzcoa) el 14 de febrero de 1836 y falleció en Tánger el 18 de marzo 1896. Su vocación religiosa se inició bajo la tutela de su tío homónimo, vicario en Asteasu y posteriormente en Segura bajo la dirección del franciscano José María Elola. Con veinte años tomó los votos solemnes en el Colegio de Misioneros para Tierra Santa y Marruecos de Priego (Cuenca), ciudad en la que en 1859 fue ordenado sacerdote. Llegó a

la casa conventual franciscana de Tánger en enero de 1860 cuando el general O'Donnell se acercaba a Tetuán, dedicándose al estudio de la lengua árabe. En 1886 fundó la escuela de estudios árabes en Tetuán y en Tánger se dedicó a numerosas fundaciones socioculturales: construcción de una barriada para pobres españoles (1887), imprenta hispano-árabe (1889), cocina económica, colegios, escuelas de artes y oficios, fábricas de electricidad y telefonía, unión cablegráfica con la península, cámara de comercio, muelle comercial, línea de la Compañía Trasatlántica (1895), etc. (5).

Su labor no se circunscribió a Tánger, fundando casas de misiones en Safí, Larache y Rabat. Sus profundos conocimientos sobre la lengua árabe le indujeron a publicar diversas obras: Rudimentos de Árabe Vulgar que se habla en el Imperio de Marruecos, publicada en Madrid en 1889, y Vocabulario español-arábiga, editado en Tánger en 1892. Sus dotes diplomáticas le hicieron valedor de la confianza de distintas autoridades: sultán Muley Hassan I, papa León XIII y reyes Alfonso XII y M^a Cristina.

En Chipiona (Cádiz) fundó en 1882 el santuario franciscano de Nuestra Señora de Regla, un centro de formación de misioneros destinados a Tierra Santa y Marruecos, y en 1897, junto al doctor Manuel Tolosa Latour, el Sanatorio Marítimo de Santa Clara. El inicio de las obras de esta institución coincidió con el IV^o Centenario del Descubrimiento de América (12 octubre 1892) finalizando exactamente cinco años después (12 octubre 1897) (6).

El padre Lerchundi contactó con el arquitecto catalán Antonio Gaudí al objeto de encargarle la construcción de un complejo para la Orden Franciscana en Tánger: iglesia, convento, hospital y escuela. El proyecto fue aprobado por la Congregación Capitular de Tánger el 17 de octubre de 1893, pero quedó pendiente de la aprobación por parte de la Santa Sede, especialmente por la grandeza y suntuosidad del diseño, no acorde con la austeridad de la Orden. El patrocinio correspondía a los segundos marqueses de Urquijo —Claudio López Bru y María Luisa Andrés Fernández-Gayón y Barrié—, dueños de la Compañía Trasatlántica y Tabacos de Filipinas. Una crisis económica de la Compañía, junto a una agitada situación política de la región impidió la ejecución del proyecto (5).

LA ESCUELA DE MEDICINA

La influencia del padre Lerchundi fue primordial en la creación de lo que a posteriori representó el inicio de la cooperación sanitaria española en Tánger, la

Escuela de Medicina y el dispensario vinculado a ella fundados en 1886 por el doctor Felipe Ovilo Canales (Figura 3). A la escuela asistieron inicialmente dos misioneros franciscanos —tras la dispensa de la Santa Sede (7) — y seis estudiantes militares musulmanes enviados por el emir Muley Hassan I (Tabla II). Los estudios duraban dos años, con veintidós lecciones teóricas sobre constitución y partes del cuerpo humano, terapéutica y elaboración de fármacos, y prácticas clínicas en el dispensario anexo en el que se ofrecía una asistencia sanitaria gratuita (8). Los alumnos se ejercitaban en la cura de heridas y como auxiliares de intervenciones quirúrgicas, bajo la tutela del cirujano militar Severo Cenarro Cubedo (9). Inicialmente la escuela se ubicó en el local del antiguo convento franciscano, que había servido de colegio de niñas y sede de las Hermanas Franciscanas Terciarias. En 1888 se trasladó a la planta baja del nuevo hospital español (6,10).

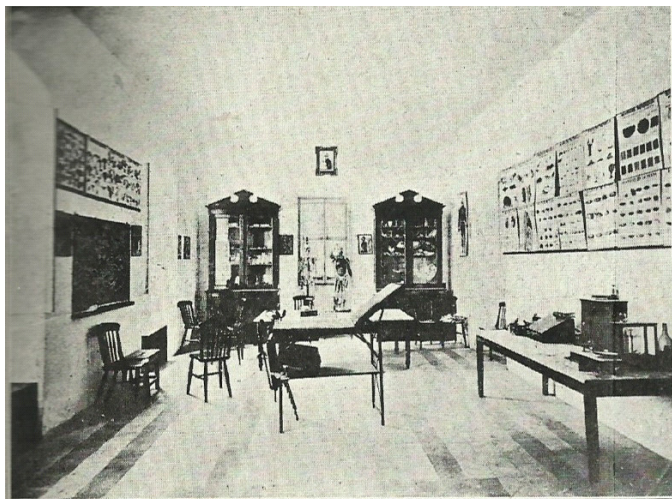
específica raza marroquí, con su consiguiente estigmatización en la adscripción de determinadas patologías. Con ello rechazaba que el Islam fuese el inductor de ciertas actitudes y comportamientos que perpetuaban la presencia de ciertos males infecciosos (10).

El Hospital Español

Previamente a la construcción del hospital español otras legaciones extranjeras habían fundado sus nosocomios en la ciudad internacional. El primer hospital francés se había inaugurado en 1865 a cargo del Dr. Zolinguer. Posterior a 1881 los ingleses construyeron su Hope House. Existía un statu quo entre las potencias europeas, con un mutuo recelo de sus innovaciones respectivas (6,10). El primitivo hospital se instaló en una casa particular próxima a la actual alcazaba donde se dispusieron seis camas que siempre estaban ocupadas por dos a cuatro pacientes. Comenzó su actividad el 2 de octubre de 1881.

Ante su reducida capacidad, insuficiente ante el aumento de demanda de la colonia española, hubo una intención de agrandar el edificio de la legación española pensándose en derribar el antiguo conventillo franciscano que había servido para colegio de niñas y luego para Escuela de Medicina. Lerchundi propuso vender el convento al Estado y destinar las doce mil pesetas de la venta a la construcción del hospital. Asimismo ofreció ceder los terrenos que la Misión había comprado en 1882 en las afueras de la ciudad. Entre enero y agosto de 1887 fueron atendidos en el primitivo hospital 3.021 dolientes, de ellos 2.585 varones y 436 mujeres. Entre las patologías asistidas con más frecuencia se encontraban: paludismo (11), oftalmías (por tracoma y gonorrea), afecciones sifilíticas y dermatológicas, afecciones de las vías urinarias, heridas y quemaduras (por pólvora) (6,10).

Finalmente, el 25 de noviembre de 1888 inició su andadura el dispensario y nuevo hospital español de Tánger, fundado por el Jose María Lerchundi —que gozaba de la protección absoluta del sultán Muley Hassán— y por el doctor Felipe Ovilo Canales — que tenía el apoyo de la comunidad diplomática—. El comandante médico Severo Cenarro Cubedo se encargó de los servicios quirúrgicos. La dotación del nosocomio constaba de dos médicos militares, cinco hermanas franciscanas y varias enfermeras que atendían a los pacientes, inicialmente españoles residentes en la región, tanto civiles como castrenses y más adelante indígenas, sin tener en cuenta su condición social o religiosa. La ciudad tenía entonces



TÁNGER.—Escuela de Medicina, fundada por el P. Lerchundi y el Dr. Ovilo (1892)

Figura 3. Escuela de Medicina de Tánger. López JM^a. El padre Lerchundi, Biografía documentada, p. 303.

Anselmo González (franciscano)	Hamid B Hasmi
Daniel Devesa (franciscano)	Muhammad Al-Awami
Mustafá Zaudi	Muhammad Dukkali
Ahmed Romani	Ahmed Ahardan

Tabla II. Alumnos de la Escuela de Medicina de Tánger en 1886* (*Elaboración propia)

La labor de los médicos militares Cenarro Cubedo y Ovilo Canales se vinculó a la necesidad de sanitización de las poblaciones como un medio de regeneración social, realizando un buen número de iniciativas higiénico-sanitarias. A diferencia de muchos colegas europeos, entre ellos los franceses, el doctor Felipe Ovilo Canales no creía en la existencia de una

una población europea de cinco mil personas y entre autóctonos —musulmanes y judíos— no más de treinta mil. Concebido como un hospital regional o de nativos, disponía de salas de enfermos corrientes (normales), salas de contagiosos, despachos para consultas, bloque para intervenciones quirúrgicas y una escuela de medicina ubicada en la planta baja (11). La capacidad máxima era de sesenta camas, con una estancia media mensual de veinte pacientes. La epidemia devastadora de cólera de 1895 ocasionó una ocupación media anual de cincuenta enfermos (6).

El reglamento de funcionamiento del hospital —redactado por el Ministerio de Estado español, responsable de la inspección y en calidad de patrono— constaba de veintitrés artículos incluidos en seis capítulos. En el capítulo Iº referente al Ordenamiento se decía lo siguiente: «El Hospital se constituye bajo el Protectorado Español y la intervención de las Misiones Franciscanas y será utilizado para atender primariamente a los españoles y secundariamente a los extranjeros y a los indígenas, señalando las condiciones de ingreso, según que la estancia sea gratuita o de pago». Se ofreció una asistencia universal para españoles, europeos, judíos y musulmanes. Aquellos con poca disponibilidad económica tenían acceso gratuito a la atención médica. A los adinerados, se les solicitaba el pago de sus estancias según tarifas establecidas por la Junta de Gobierno del hospital. Los marroquíes pagaban una peseta al día; los españoles pudientes, una peseta y media; y el resto de los europeos, de dos a cinco pesetas, similar a otros hospitales de la ciudad (6,8).

Desde su inicio, Lerchundi solicitó al ministro de España en Tánger que la presidencia efectiva o la dirección administrativa del nosocomio fuese confiada al superior de la Misión Franciscana, quien la ejercería por medio de un misionero dejando solo la dirección facultativa a un médico español. El hospital nunca fue oficialmente de la Iglesia. El Estado lo costeó reservándose la propiedad y la dirección oficial, aunque la responsabilidad de su andadura recayera en los hombros de la Misión.

El nuevo hospital, de dimensiones de 35 x 40 metros (Figura 4), se construyó en el lugar conocido en castellano con el nombre de Molinos de Viento y en árabe Stasef. Tanto el arquitecto Antonio Alcayne, como el maestro de obras José Rodríguez, eran hermanos de la Orden. Lerchundi era en esa época pro-prefecto apostólico en Marruecos. El proyecto se desbloqueó tras la llegada de Segismundo Moret —amigo de Lerchundi— al Ministerio de Estado

durante el Gobierno de Sagasta. El hospital funcionó hasta 1950, año en que fue inaugurado el nuevo y actual nosocomio, habiendo sido asistidos 51.899 pacientes. En la actualidad se utiliza como residencia de la tercera edad para residentes españoles en Marruecos. Dispone de consultas, laboratorio, farmacia, servicio de rehabilitación y ecografía (13).

En 1897 la Junta de Gobierno del hospital decidió ubicar en el local destinado a Escuela de Medicina a los enfermos contagiosos. Se pretendía construir dentro del recinto un edificio pequeño de planta baja con cuatro dependencias, al que se trasladaría la escuela, salas de consultas y operaciones. No existe constancia de su construcción.

En 1916, durante el vicariato del padre Cervera, se adjuntó al hospital la Casa de Socorro de la Cruz Roja,

Años	Facultativos	Cargo
1881	Felipe Ovilo Canales	Subinspector, médico mayor
1888	Severo Cenarro Cubedo	Comandante médico cirujano
1921	Luis Sampedro**	Médico militar, director
19??	Sánchez Coda	Médico
1929	José Siervet	Médico director
1929	Antonio Bernal Baquera	Médico encargado de la Gota de Leche
1930	Manuel Amieva Escandón	Capitán médico cirujano, director en 1935

Tabla III. Facultativos del hospital español de Tánger (1881-1930)*

* Elaboración propia

** Padre de Jose Luis Sampedro escritor, humanista, novelista, economista (1917-2013)

y en 1919 se iniciaron las gestiones para establecer en la ciudad la Gota de Leche, una institución de origen francesa cuya primera iniciativa en España databa de 1904. Se pretendía convertirla en un servicio dependiente del nosocomio, encargándose su gestión a los franciscanos y a la Junta de Damas de la Caridad. La misión franciscana cedió gratuitamente un solar adyacente al hospital, quedando definitivamente instalada en 1921, bajo la dirección del doctor

Sampedro —director del nosocomio— y atendida por las hermanas franciscanas venidas expresamente desde el convento central de Barcelona (10).

Estas religiosas habían llegado a Tánger el 30 de julio de 1883 y se encargaron desde el principio de la asistencia del primitivo hospital y de la enseñanza de la población infantil en las Escuelas Españolas de Alfonso XIII y más tarde, en 1913 en las Escuelas del Marqués de Casa-Riera. Fueron seis religiosas: priora María de la Cruz Torrentó y hermanas Cristina Grau, Natividad Idígoras, Eulalia Oruezábal, Consejo Aragonés y Soledad Farres. Actualmente se denominan Hermanas Franciscanas Misioneras de la Inmaculada Concepción (14,15).

La acción de estas religiosas se había mostrado muy satisfactoria en otras partes del Magreb y se enmarcaba en la pretensión de modernizar los cuadros familiares nativos dentro de labor misionera y civilizadora. Solo ellas podrían llegar a penetrar como enfermeras en el fondo de las agrupaciones familiares, dado el reparo que había en las sociedades musulmanas de que sus mujeres fueran examinadas por médicos varones (10).

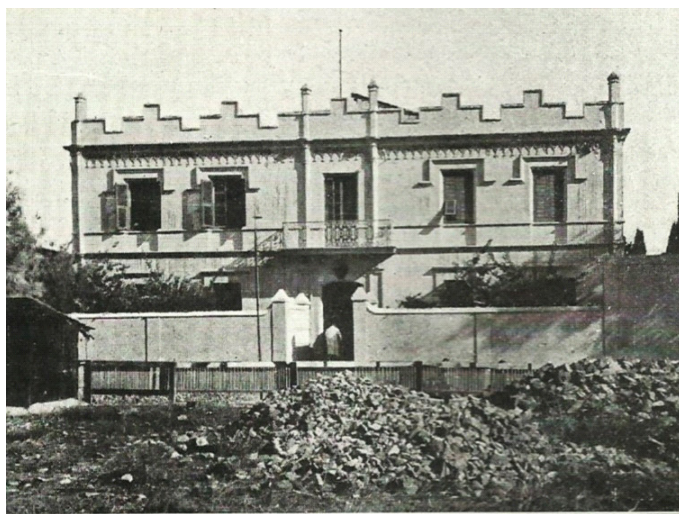
MEDICINA MARROQUÍ

A finales del siglo XIX no quedaba nada de los famosos centros médicos musulmanes de la época clásica, existiendo en el estado majzensí una desorganización completa de las medidas sanitarias. La medicina ejercida tenía un carácter tradicional, en la que se mezclaban aspectos de sanación de tipo espiritual con prácticas sanitarias básicas. La antigua red de maristanes equivalentes a establecimientos hospitalarios, donde acudían enfermos sin recursos y dementes, fundados en las épocas meriní y sa'adi, habían desaparecido en el periodo de los alawitas.

Se tiene constancia de la presencia de médicos europeos en la Corte Jerifiana durante el periodo de Ahmed al Mansur (1578-1603), incrementando su número en el siglo XIX al encargarse de la atención sanitaria de los europeos que se asentaban en las costas del norte de África. En 1792 se creó en Tánger, con la autorización del sultán, el Consejo Sanitario coordinado por el cuerpo diplomático extranjero. En 1884 el Consejo autorizó la creación de una Comisión de Higiene y Limpieza de la ciudad. Tras la muerte de Alfonso XII, España aumentó sus esfuerzos al objeto de contrarrestar la influencia de las iniciativas médicas de franceses y británicos.

Los sanitarios europeos intentaron a través de su influencia sobre el sultán controlar la sanidad portuaria tratando de establecer medidas de cuarentena que evitasen la introducción de enfermedades importadas por los peregrinos musulmanes que regresaban de realizar el Hach, una idea rechazada por los sultanes, reticentes a ceder competencias en el ámbito sanitario. No fue hasta la Conferencia de Algeciras de 1906 cuando la cuestión sanitaria de puertos como el de Tánger pasó a depender directamente de las delegaciones europeas (10).

La medicina practicada por la población indígena en el norte de Marruecos a finales del siglo XIX se encontraba en un profundo retraso e ignorancia. Los médicos rifeños (tobba, plural de tebib), barberos y sanitarios, ejercían la profesión sin haber realizado estudios, instruidos solo por progenitores o maestros. La terapéutica se basaba en productos procedentes del reino vegetal y en la superstición mágico-religiosa, con componentes pre-islámicos, siendo prescrita en muchas ocasiones por curanderos populares y santones. Se atribuía a los genios creados por Satanás, los Iblis, los causantes de las enfermedades, confiándose los enfermos al designio de Dios. En la Tabla IV se reflejan algunos de los tratamientos utilizados en diversas patologías o síntomas (16,17).



TÁNGER.—Hospital Español, construido a iniciativa del P. Lerchundi

Figura 4. Hospital español de Tánger. López JM^a. El padre Lerchundi, Biografía documentada, p. 212.

Las sangrías eran practicadas mediante ventosas aplicadas sobre escarificaciones efectuadas en la región occipital tras la apófisis mastoides, generalmente en primavera. Los amuletos (amalet) o talismanes (tamasin) eran fabricados con trozos de madera tallada unidos por hilos; fragmentos de versículos del Corán; fórmulas cabalísticas; caperuzas de tortugas, fragmentos de porcelanas, cuarzo o arcilla; esófagos

Patologías	Terapéutica
Malhumor, miedos	Sangrías, sal de amoniaco, azúcar, negro del humo, harina; amuletos y talismanes
Hipogalactias	Habas, guisantes, azufaifas, hojas de higuera y corteza de granado; amuletos
Menstruaciones	Cocimiento de hierbas: romero, comino, artemisa, menta, tuya, perifollo, cardo, anís, mirto, té
Disenterías, proctitis	Cocimientos de higo chumbo, mirto, queso seco de siete años, azufaifas y alcaparras
Pulmonías	Cocimiento de hierbas, sangrías
Heridas	Cauterización por fuego (ígneas) y aceite hirviendo; cantáridas, emplastos y ungüentos (hoja higuera, manteca de vaca, sebo de carnero, excrementos), clara huevo y henna
Cefaleas, neuralgias	Hojas de ricino (situadas bajo el tarbús), comino masticado, orégano
Otalgias	Aceite resultante tras hervir rizomas de gamones o camaleones vivos; bolitas de algodón con almizcle
Gastralgias	Semillas de apio y comino masticados
Odontalgias	Alcanfor, benjuí, euforbio, polvo de cuernos de animales
Granos	Fumigaciones de cinabrio espolvoreado sobre las ascuas; estiércol de vaca con gotas de mercurio
Fiebres	Cebolla albarrana, olivo y granado
Cardiopatías	Corazón crudo de cuervo
Cegueras	Ojos de murciélago
Conjuntivitis	Sangrías

Tabla IV. Terapéutica marroquí a finales del siglo XIX e inicios del XX*

* Elaboración propia

de camellos; lagartos, camaleones secos abiertos; patas, picos, pieles de ave; cantáridas y sulfatos de cobre en frascos de cristal, etc. Los productos se vendían en los zocos, en tiendas de tela (bakalitos) y dispuestos en el suelo sobre arpilleras o en estanterías. La circuncisión se efectuaba a la edad de tres a siete años y para la hemostasia se utilizaba clara de huevo y henna (16,17).

LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN LA ZONA ORIENTAL DEL PROTECTORADO

La situación de insurrección permanente de las cabilas de la zona nororiental de Marruecos colindante con Melilla, obligó al Ejército español a un enorme despliegue en las dos primeras décadas del siglo XX, con la consecuente implicación de la Sanidad Militar. La Capitanía General de Melilla se había creado en 1910, y en 1912 pasó a ser Comandancia General. Previamente, en 1897 se había reorganizado el Ministerio de la Guerra creándose una sección de Sanidad Militar, dividida en dos ramas, Medicina y

Farmacia. En la sección de Medicina existían dos escalas, la facultativa y la no facultativa. La facultativa o técnica estaba compuesta por doctores o licenciados en Medicina, base del Cuerpo de Oficiales. A la no facultativa, correspondían los jefes y oficiales de la reserva retribuida, procedentes de las clases de tropa del Cuerpo que debían reunir unas ciertas condiciones y aprobar un curso en las escuelas regimentales (Ley de junio de 1908). La Escala de Complemento —creada en 1918— acogió a reclutas de reemplazo anual que tuviesen terminada la licenciatura de Medicina.

Existía una brigada sanitaria constituida por las clases de tropa del Cuerpo, con unidades a pie para hospitales y montadas para ambulancias, al mando de jefes y oficiales médicos. En 1921 —año del Desastre de Annual—, de los 793 médicos militares de la escala activa, 203 estaban destinados en África (el 25,5%) y de éstos 81 lo estaban en la Comandancia General de Melilla. En algún momento, el 50% del total de médicos militares estuvieron destinados en Marruecos.

Antes de 1912, la zona de Marruecos cercana a Melilla carecía de instituciones sanitarias. Desde el inicio del Protectorado, además de hospitales de sangre (18), el Ejército había implantado unos consultorios indígenas y enfermerías militares fijas, a cargo de médicos militares en los que se ofrecía una asistencia gratuita a la población autóctona (19).

Ubicación	Oficiales médicos
Nador (1912)	Rafael Power Alesson
Zeluán	Fernando González Camonal († Zeluán)
Zoco Arbaa de Ackerman	Fernando López Laza
Zaio	Eugenio Martín Alonso
Hassi Berkan	Elías Nager Martínez
Sammar	Manuel Peris Torres
Zoco el Had de Beni Sicar	Manuel Peris Torres
Monte Arruit	José Espina Rull († Monte Arruit)
Kandussi	Fernando Serrano Flores

Tabla V. Consultorios indígenas y enfermerías militares fijas en la región del Rif*

* Elaboración propia

† Fallecido

Todos los consultorios indígenas disponían de personal fijo en plantilla, frente a las enfermerías de campaña cuyo personal era eventual. Los consultorios más antiguos se remontaban a la campaña de 1909, aunque fue a partir de 1912 cuando se hicieron cargo de ellos médicos prestigiosos, que se convirtieron en los mejores embajadores de la población rifeña. En algunas posiciones, al margen del consultorio, se habían construido enfermerías militares para la atención de los soldados españoles. La labor de los médicos castrenses españoles en la zona del Rif se centró en la potabilización de las aguas, campañas antipalúdicas, vacunaciones (viruela) y tratamiento de las enfermedades venéreas a la población indígena, en especial la sífilis.

En la Tabla VI se exponen las patologías atendidas en el consultorio de Nador en 1913, por el médico militar José Valdés Lambea, que sumaron un total de 14.016 asistencias a 3.192 pacientes (11.350 consultas, 1.453 visitas a domicilio, 998 vacunaciones, 190 intervenciones quirúrgicas y 25 inyecciones de Neosalvarsán) (20).

Patologías	Nº	Patologías	Nº
Sarna, tricofitias, favus	947	Ulceras, impétigos, abscesos	72
Heridas, fracturas, luxaciones, quemaduras, mordeduras	267	Afecciones de oído	68
Conjuntivitis (no tracoma), queratitis, dacriocistitis	207	Carcinoma, sarcoma	25
Paludismo	187	Tuberculosis (2-3% enfermos)	24
Sífilis, blenorragia, chancro blando	178	Cataratas seniles	23
Viruela	125	Linfangitis-adenitis	16
Tracoma	97	Fiebre tifoidea, parotiditis, rabia, quiste hidatídico, lepra, <i>kala azar</i>	12
Enteritis	83	Cataratas congénitas	8
Bronquitis	79	Valvulopatías, gigantismo, epilepsia	5

Tabla VI. Casuística del consultorio indígena de Nador en 1913*

* Modificada de Castrillejo Pérez D (20)

Del trabajo del doctor Valdés Lambea se pueden extraer una serie de consideraciones respecto a la morbilidad y terapéutica empleada en la población indígena. Era usual que los varones rifeños durante los meses de verano marcharan a Argelia para la siega. Volvían vacunados contra la viruela pero algunos contagiados de sífilis y blenorragia que transmitían a sus mujeres. La viruela se exacerbaba en la primavera, siendo la principal causa de ceguera. Ocasionaba abundantes cicatrices cutáneas.

Las intervenciones quirúrgicas se hacían con anestesia local. Las que precisaban anestesia general —caso de laparotomías— se realizaban en Melilla. Eran frecuentes las obstrucciones intestinales por consumo exagerado de higos chumbos en los meses de agosto y septiembre. Como laxantes se empleaban el aceite de ricino y la belladona.

La alimentación de la población aportaba unas 1.500 calorías al día. La hiperclorhidria estaba muy extendida debida al tipo de comidas: carne de carnero, pan de cebada, manteca, miel, té muy azucarado con yerbabuena e higos chumbos, y se trataba con bicarbonato. La leche la bebían agria dos a seis días después de ser ordeñada. El aceite usado para cocinar era verduzco, espeso y de fuerte sabor. Las comidas se sazonaban con condimentos como la nuez moscada y pimienta. Eran frecuentes las varices y las hemorroides. La extracción de tapones de cerumen —mediante jeringas— por los médicos militares españoles, impresionaban mucho a los indígenas. Existían pocas intoxicaciones por fumar cannabis (kif). Las caries dentales eran habituales.

Para las lesiones sifilíticas se administraban inyecciones endovenosas —llamadas por la población local «poner una aguja»— de Neo-Salvarsán® (60 cg en mujeres y 75 cg en hombres, espaciándolas tantos días como fracciones de 15 cg tuvieran las dosis), así como pomada mercurial a la que los rifeños eran muy aficionados. Había excepcionales resistencias al arsénico. Tras una segunda y tercera inyección de Neo-Salvarsán® se observaba un enrojecimiento general de las lesiones y la supuración desaparecía.

Para la fiebre se utilizaban píldoras de quinina. La tuberculosis se trataba mediante la práctica de un pneumotórax junto a la administración de calcio y sales de oro. Las conjuntivitis eran muy frecuentes en las épocas de floración del higo chumbo y granado. Las abundantes colitis —por shigellas, salmonellas, amebas, espiroquetas, áscaris y tricocéfalos— se trataban con emetina, láudano y purgantes. En los kala azar se practicaban punciones esplénicas al objeto de identificar las leishmanias. Las tiñas eran una plaga, sobre todo el Kerion de Celso y el herpes circinado.

El paludismo era una patología endémica en la zona por las abundantes charcas de los ríos Salado y Kert. Se presentaba mediante las formas clínicas clásicas (fiebres tercianas, cuartanas) o la tropical. En la investigación de los frotis, el secado del colorante de Giemsa se producía a los veinte minutos debido al calor del Rif. Se diagnosticaban pacientes con anemia grave, con menos de 500.000 hematíes/mm³ y casos de cirrosis hipertróficas ascitógenas. Para su tratamiento se empleaban sales de quinina (clorhidrato en mezcla con arsénico y hierro) —conocidas por los indígenas con el nombre de «píldoras de calentura y frío»— o quinina intravenosa. Las heridas se trataban con yodo. La incidencia de abortos era de 250 por 1.000 gestaciones, una proporción de una a cuatro (20).

En 1925, en el consultorio de la cabila de Beni-Said, fueron asistidos por el médico militar Ignacio Iribarren Cuartero 1.063 sifilíticos, sobre una población global de 25.000 habitantes, lo que supone un 4,25% de la población (25,0 % varones, 43,7% mujeres y 31,3% niños). Las lesiones se manifestaban con profundas úlceras (sífilides ulcerosas) de más de diez años de evolución que dejaban al descubierto tejidos óseos con trayectos fistulosos supurados. Tenían una preferencia por el surco deltopectoral dada la forma de sostener las mujeres a los niños. Era excepcional la presencia de neurosífilis. La agresividad era menor en los pacientes que padecían paludismo. Los varones por su hábitat de vida en el exterior eran más propensos a la picadura de los anopheles y por tanto a la malaria (85,3% en varones, 7,1% en mujeres y 7,6% en niños) y presentaban lesiones sifilíticas terciarias de menor gravedad. Los franceses tenían al respecto la siguiente frase, «el paludismo cura pero no evita la sífilis», a lo que los médicos militares españoles añadían, «no evita pero retrasa o benigniza la evolución ulterior» (16).

Previo al protectorado militar y político, a finales del siglo XIX hubo uno asistencial, científico y social. En la población marroquí, la Medicina se convirtió en uno de los principales baluartes para «ganarse a los indígenas», consolidándose como una ciencia auxiliar de la colonización. La estrategia se basaba en la «atracción, penetración pacífica o civilización». La labor de los médicos militares españoles, al igual que los franceses, alcanzó una dimensión política que sobrepasó la simple dimensión sanitaria, no generando sospechas entre la población indígena de un oculto proselitismo religioso, del que fueron en ocasiones acusados las hermanas y padres franciscanos (10).

En las dos primeras décadas del siglo XX estuvieron destinados en el norte de África insignes médicos militares españoles entre los que se pueden reseñar a Mariano Gómez Ulla (1877-1945), que tuvo una decisiva intervención en las campañas marroquíes de 1909 y sobre todo en la de 1921 a 1923, en la que puso en marcha los hospitales transportables a lomo de mulos, permitiendo una asistencia inmediata en primera línea con una drástica reducción de la mortalidad de los heridos. Posteriormente en la campaña de 1924-1925 —cuyo punto álgido fue el desembarco de Alhucemas— coordinó la evacuación de los heridos desde los hospitalillos de campaña a los barcos-hospitales y su ulterior traslado a la península.

Otro ilustre médico militar, Fidel Pagés Miravé (1886-1923) —considerado precursor de la anestesia metamérica— fue nombrado jefe del equipo quirúrgico

número 1 con sede en el segundo grupo de hospitales militares Docker de Melilla entre el 7 de septiembre al 18 de diciembre de 1921. Fue muy reconocida su actitud intervencionista en las heridas abdominales de guerra frente a las teorías abstencionistas de otros importantes cirujanos (21).

La Jefatura de Sanidad Militar de Melilla, estaba en 1921 bajo las órdenes del coronel médico Francisco Triviño Valdivia. Contaba con una sección de farmacia, laboratorio y parque de sanidad móvil. La dotación la componían 95 oficiales médicos, 2 oficiales de la reserva y 410 sanitarios de la Compañía Mixta de Sanidad, todos ellos desplegados en los regimientos y mías —cuerpo de policía indígena organizado en compañías, siguiendo el modelo europeo, destinado a auxiliar al Ejército español— que prestaban una atención sanitaria a más de 24.000 hombres.

de botiquines, material quirúrgico, material de curas y autoclaves; aumentar el número de ambulancias y camionetas Ford; aumentar el número de artolas y cestones para los mulos, etc., que importaban un total de 731.000 pesetas. El 9 de julio de 1921 dejó escrito: «Estamos confiando a lo que la suerte quiera depararnos».

Los oficiales médicos destinados en los cuerpos constituían la primera asistencia que recibían los soldados en campaña. En ocasiones debían montar los puestos de socorro en primera línea, lo que motivaba que algunos fallecieran mientras atendían a los heridos. Cuando la situación lo demandaba, acudían a las posiciones en lomos de caballo, por tortuosos caminos y acompañados por el botiquín de campaña. Los tenientes y capitanes médicos tenían la obligación de cumplir tres turnos obligatorios de

Unidades	Ubicación	Oficiales médicos
Regimiento de San Fernando	Annual Ben Tieb	Felipe Peña Martínez (herido en Monte Arruit) Miguel Cadenas Rubio Juan Pérez Ruiz-Crespo
Regimiento de Melilla	Cheif	José Rover Motta († Monte Arruit) Luis Méndez León († caída de caballo)
Regimiento de África	Annual Zoco Telatza	Juan Pereiro Courtier Miguel Palacios Martínez Enrique Videgain Aguilar († Monte Arruit) Francisco Muguruza Uribe
Mías números 2, 4, 8, 11, 12, 13, 14 y 15	Annual Beni Said Azib del Midar Dar Mizziam	Jiménez Ortoneda Jaime Roig Padró Joaquín D'Harcourt Got Antonio Vázquez Bernabéu (huida a Alhucemas) Francisco Pérez Gómez Wenceslao Perdomo Benítez († Izen Lassen) Manuel Fernández Andrade († Monte Arruit)
Regimiento mixto de artillería	Annual	José Salarrullana Alabart (herido en Izzumar)
Regimiento de Alcántara	Dar Drius	García Martínez († Dar Drius)

Tabla VII. Oficiales médicos destinados en los escenarios del Desastre de Annual (19)

*Elaboración propia

El coronel Triviño, previendo el escenario de guerra que se avecinaba, realizó una serie de peticiones de mejora de dotación e infraestructuras para los hospitales de Melilla y las enfermerías de campaña y fijas, entre las que especificaba: sustitución de barracones de madera del hospital Docker y doblar la capacidad del hospital de indígenas; construcción de un hospital de campaña en Annual; mejorar la asistencia y evacuación marítima en Sidi Drius; reposición

permanencia en el Protectorado, lo que suponía pasar seis años entre los veintitrés y los treinta de edad. Esto no ocurría en el resto de los cuerpos a menos que lo solicitasen voluntariamente. En total fallecieron dieciocho oficiales médicos y farmacéuticos durante el Desastre de Annual —22 julio a 9 agosto 1921—.

Las enfermerías de campaña estaban formadas por

tiendas hospitalares cuadrilongas o cónicas y algunas de ellas —Annual, Sidi Dris y Dar Drius— estaban pendientes de importantes transformaciones que las debían convertir en barracones de mampostería. Los enfermeros eran civiles —sin derecho a pensión si morían en combate—, ya que hasta el 4 de septiembre de 1921 no se convocaron cien plazas de practicantes militares en el Ejército, germen del futuro cuerpo subalterno de Sanidad Militar (19).

Tras el Desastre los rifeños tomaron 534 prisioneros españoles concentrándolos en campamentos que fueron cambiando de lugar —Annual, Axdir, Tabelhac y Ait-Kamara—, en los que la mortalidad fue muy elevada. Finalmente el 27 de enero de 1923, fueron liberados 326, previo pago de cuatro millones de pesetas y un intercambio con 243 presos marroquíes. El sargento Basallo —de profesión herrador— anotó todas las asistencias prestadas durante el cautiverio (22). La atención sanitaria durante el mismo fue dispensada por los propios prisioneros —entre ellos el teniente médico Fernando Serrano Flores, fallecido durante el brote de tifus exantemático de la primavera-verano de 1922, y los enfermeros civiles José Cánovas Hernández (Mina La Alicantina) y Antonio Ruiz Gómez (Annual)— llegando a practicar intervenciones quirúrgicas, entre ellas amputaciones y heridas por arma de fuego. El caudillo Abd el Krin denegó en auxilio de los prisioneros desde el peñón de Alhucemas.

Para finalizar el artículo, se refieren dos hechos significativos en la historia de la Sanidad Militar española, que tuvieron lugar durante las campañas de Marruecos de las primeras décadas del siglo XX. El primero de ellos fue el inicio de la evacuación sanitaria por medios aéreos (MEDEVAC) a bordo de aviones Junkers F-13 —con capacidad para cuatro pacientes, dos en camilla y dos sentados— y Breget 26-T, fabricado por CASA en Getafe en 1924 (23,24).

El segundo hito fue el nombramiento de la Virgen del Perpetuo Socorro como Patrona de la Sanidad Militar mediante una Real Orden de 26 de julio de 1926, a instancias del capitán médico Enrique Blasco Salas. Asimismo, patrona de la Organización Médica Colegial mediante carta apostólica del papa Juan XXIII de fecha 14 de febrero de 1962, a instancias del insigne médico Antonio de Soroa Pineda.

CONCLUSIONES

- A finales del siglo XIX, la Medicina en el norte de Marruecos se encontraba en manos de curanderos

y santones, basada en creencias mágico-religiosas con una farmacopea procedente mayoritariamente del reino vegetal. Los maristanes de la época meriní y sa'adi ya no existían.

- El asentamiento de europeos en la costa del norte de África obligó a las potencias europeas —entre ellas Francia y España— a destinar facultativos que se encargasen de su atención sanitaria, muchos de ellos militares dada la inestabilidad política de la zona. A ello se unieron religiosos franciscanos que con un sentido evangélico se dedicaron a la mejora socio-sanitaria y cultural de la población indígena.
- Previo al protectorado militar y político español, a finales del siglo XIX hubo uno asistencial, científico y social. La Medicina se convirtió en uno de los principales baluartes para «ganarse a los indígenas», con una estrategia basada en la «atracción, penetración pacífica o civilización». La labor de los médicos militares españoles alcanzó una dimensión política que sobrepasó la simple dimensión sanitaria.
- La colaboración sanitaria entre franciscanos y médicos militares españoles en la ciudad internacional de Tánger cristalizó en la fundación en 1886 de una Escuela de Medicina para la población indígena y en la construcción en 1888 de un Hospital destinado tanto a europeos como autóctonos. En 1921 se puso en marcha la institución de la Gota de Leche.
- La labor de los médicos militares españoles en la zona del Rif se centró en la potabilización de las aguas, vacunaciones a la población (viruela), campañas antipalúdicas y el tratamiento de las enfermedades venéreas, en especial la sífilis. España invirtió importantes recursos en la mejora sanitaria de la población indígena.

FUENTES DOCUMENTALES

- Archivo del Santuario Franciscano Nuestra Señora de Regla, Chipiona (Cádiz)
- Revistas Mauritania, años 1928, 1929, 1932, 1933, 1935, 1951, 1952, 1955.

- Archivo Ibero Americano, 1930, año XVII, tomo 33.
- Archivo Secreto Vaticano (Roma)
- Congr. Concilio Relat. Dioc., 354, f 144v.
- Sala del Hospital Español de Tánger. Mauritania 1929; año II: 202.
- Ortega Martínez RM^a. La memoria interminable. El Hospital Español de Tánger. Boletín de la Asociación «La Medina» 1999; agosto (5): 8.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballero Echevarría F. Annual. España: ImagenTa editorial; 2016.
- Mata Pérez C. La interculturalidad de los cuidados de Salus Infirmorum en Marruecos. Tesis Doctoral, Universidad de Cádiz; 2017.
- La Obra Misionera Franciscana en Marruecos data del siglo XIII. Mauritania 1955: 249-251.
- <https://deshaciendolamadeja.wordpress.com/2013/05/23/franciscanos-en-marruecos/>
- Valderrama Martínez F. Un Franciscano, arabista y diplomático: el P. Lerchundi, Asociación «La Medina». https://www.lamedina.org/actividades_historia/s/un_franciscano_arabista_y_diplomatico.
- Lourido Díaz R. Marruecos y el padre Lerchundi. Madrid: Fundación Mapfre, S.A.; 1996.
- De Lejarza F. El padre Lerchundi y la Escuela de Medicina de Tánger. Archivo Ibero Americano. Publicación trimestral de los Padres Franciscanos. Madrid, 1930; Año XVII (tomo 33).
- López JM^a. El Padre Lerchundi. Biografía documentada. Madrid: Imprenta Clásica Española; 1927.
- <http://www.lahistoriatrascendida.es/documentos/personajeshistoricos/CenarroCubedo.pdf>
- Castillo Larriba R. Los Franciscanos y el Colonialismo español en Marruecos: Jose María Lerchundi y Francisco María Cervera (1877-1926), Tesis doctoral, Universidad de Alcalá, 2014.
- Epidemia de paludismo en Tetuán. Mauritania 1928; año I: 171.
- Rey A. Las Franciscanas en el Hospital de Tánger. Mauritania 1933; año VI: 209-221.
- De Unzueta JR. Las Escuelas Españolas de Alfonso XIII. Mauritania 1951; año XXIV: 130-132.
- Iribarren Cuartero I. Trabajos de un médico militar en el Rif. Ceuta: Imprenta Imperio; 1942.
- Más Guindal J. La Terapéutica Musulmana descansa en los medicamentos vegetales y en la superstición. Mauritania 1935; año VIII (nº 89 y 90): 107-108, 139-144.
- De Lejarza F. En los Hospitales de Sangre. Mauritania 1932; año V (nº 55): 203-206.
- Sánchez Regaña J. La atención médica durante el desastre de Annual, 2013.
- Castrillejo Pérez D. Los consultorios de Nador y Zoco El Had en 1912-1913. Los inicios de la labor sanitaria española en esta zona de Marruecos. Sanidad Militar 2009; 65 (2): 132-143.
- Velázquez Rivera I, Diz Rodríguez MR, Robledo Aguilar A. Fidel Pagés Miravé, cirujano militar. Medicina Militar 2003; 59 (3): 51-55.
- Basallo Becerra F. Memorias de un cautiverio. Madrid: Editorial Mundo Latino; 1929.
- Diz MR, Virseda M, Diz L, Cancho MJ, Sáez D, Paños P. El transporte de heridos por vía aérea durante la campaña del norte de África 1921-1927. Medicina Militar 2006; 62 (1): 41-47.
- Navarro Suay R, Plaza Torres JF. 1925. Cuando volvimos a ser grandes....el apoyo sanitario en el desembarco de Alhucemas. Sanidad Militar 2012; 68 (4): 247-256.