



1918: LA GRIPPE EN BUENOS AIRES

La sociedad porteña en crisis

jaimebortz@yahoo.com.ar

Jaime Elías Bortz¹
Universidad de Buenos Aires
Universidad Nacional de La Matanza

Resumen

El objetivo del presente trabajo es estudiar el impacto de pandemia de gripe en Buenos Aires en 1918 desde una visión integradora, intentando comprender el contexto de país en el cual se insertó, el rol del Estado y las políticas sanitarias implementadas, la percepción de la enfermedad en la sociedad evidenciada a través de las publicaciones periódicas de la época y la mirada de los médicos que adscribían a la corriente del higienismo. Revisamos brevemente la situación política, económica y demográfica de la Argentina de comienzos del siglo XX, las medidas de saneamiento ambiental y los sistemas de atención sanitaria propios de la ciudad de Buenos Aires. Las medidas implementadas afectaban los intereses de diversos actores sociales, y los conflictos inherentes son analizados en el trabajo. La aparición de la gripe en la ciudad de Buenos Aires en octubre y noviembre de 1918 permite estudiar los roles jugados por los diferentes actores de la sociedad porteña, evidenciando el complejo entramado de situaciones socio-sanitarias que se intersectan en el momento de la aparición de un brote epidémico.

Palabras Clave

Gripe española - Influenza - Pandemia - Buenos Aires - 1918

¹ Director Académico del ISO-CYTE. Profesor Regular Adjunto, Departamento de Salud Pública y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Profesor Adjunto, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Matanza.



1918: GRIPPE IN BUENOS AIRES

A society in crisis

jaimebortz@yahoo.com.ar

Jaime Elías Bortz
Universidad de Buenos Aires
Universidad Nacional de La Matanza

Abstract

The objective of the present paper is to study the impact of influenza pandemic in Buenos Aires in 1918 from an integrative vision, trying to understand the context of the country in which it was inserted, the role of the State and the health policies implemented, the perception of the disease in the society evidenced through the periodical publications of the time and the opinion of the doctors who ascribed to the movement of hygienism. We briefly review the political, economic and demographic situation of Argentina in the early twentieth century, the environmental sanitation measures and the health care systems of the city of Buenos Aires. The measures implemented affected the interests of various social actors, and the inherent conflicts are analyzed in this paper. The appearance of influenza in the city of Buenos Aires in October and November 1918 allows us to study the roles played by the different actors of Buenos Aires society, highlighting the complex network of socio-sanitary situations that intersect at the time of an outbreak.

Key Words

Spanish flue - Influenza - Pandemics - Buenos Aires - 1918

Introducción

El 14 de diciembre de 1918 la revista norteamericana *Journal of the American Medical Association* publicaba un despacho anónimo fechado en Buenos Aires el 26 de octubre de 1918 dando cuenta de la extensión de la pandemia de gripe al país sudamericano:

“BUENOS AIRES LETTER

Buenos Aires, Oct. 26, 1918.

Epidemic of Influenza

The steamships Demerara and the Infanta Isabel arrived at Buenos Aires with numerous cases of influenza on board, and there had been several deaths during the voyage. The public health authorities allowed the passengers to disembark without taking any prophylactic measures whatever. Fifteen days later numerous cases of influenza developed in the city, especially in the mail service, in which there were over 100 cases in one day. By another week the infection had spread throughout the entire city thence to numerous points in the interior of the country. It is estimated that there have been 250.000 cases in Buenos Aires alone. Fortunately the disease has been of a mild type, no deaths occurring except nine fatal cases in the Hospital Muñiz. Quite recently the mortality has increased a little, but it is still low. The symptoms are generally headache, pains in the muscles, sore throat, high fever and prostration. In the majority of the cases improvement is evident by the second to the fifth day, but pronounced depression and anorexia are left. The graver cases developed pulmonary or gastro-intestinal symptoms. Almost all the fatalities were from pneumonia or broncho-pneumonia. The Pfeiffer bacillus was encountered in most of the cases examined. In the pneumonia cases, it was associated with the pneumococcus.

The indecision of the public health authorities has been the object of much criticism. The Departamento Nacional de Higiene has been without a head for several months”².

El despacho, corto en extensión y conciso en contenido, daba cuenta de la situación que se estaba viviendo en Buenos Aires a fines de octubre de 1918: el

² Anónimo, “Buenos Aires letter”, *Journal of the American Medical Association*, 71, n° 24, 1918, 2009.

origen de la enfermedad, el problema de las medidas de prevención, el número estimado de enfermos y de fallecidos, los síntomas, las causas probables de muerte, el supuesto agente etiológico y la mirada -mirada médica, en este caso- sobre el rol adoptado por las autoridades sanitarias. El despacho es anónimo, pero parece reflejar una perspectiva médica sobre el problema de la gripe y su recrudecimiento en la capital de la República Argentina en lo que luego pudo verse como el inicio de la pandemia de 1918.

La República Argentina fue azotada por la pandemia de gripe –o ‘grippe’, o ‘influenza española’, o ‘dama española’- de 1918 y 1919 en dos oleadas. Durante 1918 la afectación principal se dio en la ciudad de Buenos Aires y alrededores y en las provincias del centro del país, como Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos. Al año siguiente, 1919, las provincias más afectadas fueron las del noroeste del país, como Salta y Jujuy. El objetivo del presente trabajo es estudiar el impacto de pandemia de gripe en Buenos Aires en 1918 desde una visión integradora, intentando comprender el contexto de país en el cual se insertó, el rol del Estado y las políticas sanitarias implementadas, la percepción de la enfermedad en la sociedad evidenciada a través de las publicaciones periódicas de la época y la mirada de los médicos que adscribían a la corriente del higienismo³.

¿Cómo era la Argentina en 1918?

A partir de los años 70 del siglo XIX la Argentina se había comenzado a integrar a la división internacional del trabajo como productor de materias primas de origen agropecuario -esencialmente carne y cereales- e importador de productos manufacturados, teniendo como socio comercial principal a Inglaterra. La región del Litoral argentino -es decir, la región situada más cercana a la salida hacia el Océano Atlántico y por lo tanto la que facilitaba la logística de exportación hacia Europa- tenía desde hacía años una estructura montada para tal fin. Sin embargo, el país estaba relativamente despoblado; por ello fue necesario estimular la inmigración extranjera para poblar y desarrollar un país extenso. Cantidades significativas de inmigrantes, en su mayoría provenientes de Europa, llegaron al país desde 1875 en adelante. El censo de 1914 revelaba que entre el 25 y el 30% de la

³ Deseo dejar constancia de mi gratitud hacia María Rosa Saracino y el personal de la Biblioteca Central ‘Juan José Montes de Oca’, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, por su colaboración en la búsqueda bibliográfica de fuentes documentales que fueron estudiadas para este artículo.

población residente en la Argentina era extranjera. Asimismo, para desarrollar el país era necesario el ingreso de capitales, destinados a mejorar el sistema de transporte - fundamentalmente a través del ferrocarril- y la infraestructura portuaria y urbana⁴. Buenos Aires se transformó en el centro económico del país y, a partir de 1880, en su Capital Federal. El proceso de construcción de hegemonía fue liderado por una oligarquía terrateniente que conservó el control de la producción y distribución de los bienes. La acumulación de riqueza excluyó a la clase trabajadora, tanto urbana como rural, y era visto como una limitante de participación de la recientemente -y crecientemente- formada clase media urbana, compuesta por inmigrantes que ya habían alcanzado un cierto nivel de prosperidad y a sus hijos, ya nacidos en el territorio, que clamaban por formas de participación social.

Es en este contexto en el que en 1916 ganará las elecciones presidenciales mediante sufragio universal, masculino y secreto Hipólito Yrigoyen (1852-1933), perteneciente al partido Unión Cívica Radical. Ello rompió la hegemonía conservadora que había gobernado hasta entonces y marcó el ingreso de la clase media a la política del país. No obstante, su presidencia no estuvo exenta de conflictos. La Argentina seguía siendo un exportador de productos primarios y un importador de productos de mayor valor agregado. El desarrollo de un mercado exportador planteaba problemas. La crisis provocada por la Primera Guerra Mundial -con la detención de las exportaciones argentinas hacia Europa- detuvo la actividad económica provocando descontento entre los trabajadores. Obreros urbanos se agruparon en torno de sindicatos de orientación socialista y anarquista y las protestas cundían por doquier. Algunas de ellas culminaron trágicamente, con masacres motorizadas por fuerzas de la Policía, del Ejército y de grupos parapoliciales que atribuían el descontento social a la agitación de extranjeros⁵.

Las zonas más beneficiadas por este desarrollo económico de matriz agropecuaria -la ciudad de Buenos Aires y la región centro, conformada por las provincias de Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos- exhibían fuertes diferencias en la calidad de vida de la población. Tomemos sólo algunos indicadores. En 1914, la esperanza de vida al momento de nacer en dicha área era de 47-49 años; en el noroeste argentino era 6 a 8 años menor. La ciudad de Buenos Aires, Capital

⁴ Carbonetti, Adrián; Rivero, María Dolores; Herrero, María Belén, "Políticas de salud frente a la gripe española y respuestas sociales. Una aproximación a los casos de Buenos Aires, Córdoba y Salta a través de la prensa (1918-1919)", *Astrolabio*, n° 13, 2014, 72.

⁵ Fue el caso del suceso conocido como 'La Semana Trágica', en enero de 1919.

Federal, tenía uno de los índices más bajos de analfabetismo del país; el índice era mediano en las provincias de la región centro e iba aumentando a medida que se acercaba a la región noroeste: en 1914 sólo 5.7% de la población estaba alfabetizada en la provincia norteña de Jujuy. Carbonetti ha mostrado que aquellas provincias que mostraron una alta tasa de analfabetismo fueron las que también tuvieron una alta tasa de mortalidad por gripe, en particular durante la ola epidémica de 1919 -ola que no es objeto de estudio del presente trabajo- que afectó principalmente a las provincias del noroeste⁶.

El sistema de salud también reflejaba desigualdades. Hacia 1915 el sistema hospitalario se había renovado por completo en Buenos Aires, la ciudad más poblada y desarrollada del país. Sin embargo, en el interior de la Argentina la población estaba desprotegida en lo que se refiere a la atención sanitaria, con un sistema asistencial descentralizado, heterogéneo y fragmentado, transfiriendo el Estado sus responsabilidades de cuidado a organizaciones de la sociedad civil a las cuales les entregaba recursos a tal efecto. Carbonetti ha estudiado otro indicador útil: la tasa de médicos por cada mil habitantes, poniendo en evidencia que las tasas de mortalidad más altas se dieron en provincias que contaban con menor número de médicos, lo que lleva a plantear la hipótesis que la mortalidad por gripe estuvo asociada tanto a las condiciones de existencia de los individuos que la sufrieron como a los medios con que contaba cada una de las provincias afectadas por la gripe en términos de la atención sanitaria⁷.

Buenos Aires: una ciudad sanitariamente de vanguardia

Como expresa Berruti⁸, la gran epidemia de fiebre amarilla de 1871 había alertado a las autoridades nacionales y provinciales para iniciar una etapa de saneamiento urbano. En los años siguientes fueron cegados los dos zanjones que delimitaban la traza de la ciudad y eran focos permanentes de infección: el zanjón de Granados, en el barrio de San Telmo, y el zanjón de Matorras, en el barrio del Socorro. Luego se colocaron cloacas domiciliarias cuya red se fue extendiendo a los

⁶ Carbonetti, Adrián, "Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919", *Desacatos*, n° 32, enero-abril 2010, 169.

⁷ Carbonetti, Adrián, "Historia de una epidemia...", 170.

⁸ Berruti, Rafael, "Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires. Consideraciones generales acerca de la salubridad en la ciudad de Buenos Aires (IIa. parte)", *La Semana Médica*, 155, n° 22, 12 de diciembre de 1979, 769.

barrios apartados del centro. La instalación de agua corriente señaló un adelanto de significación en la salubridad a la cual se añadió la limpieza de las calles, establecimientos y espacios públicos. Por dichos motivos hacia el año 1910, centenario de la Revolución de Mayo, se consideraba a Buenos Aires como una de las capitales más higiénicas del mundo. Ello no impedía que, en forma espaciada, los habitantes siguieran siendo afectados por brotes de enfermedades infecciosas: aparecieron el cólera en 1874 y 1886, la fiebre amarilla en 1896 y la gripe en 1889. Tales enfermedades no eran autóctonas sino que eran el resultado de la importación desde los lugares donde se desarrollaban en forma endémica. Esa importación se realizaba principalmente por vía fluvial y marítima; las enfermedades transmisibles infectocontagiosas que se desarrollaban en Buenos Aires procedían generalmente del continente europeo y del asiático; desde allí pasaban por la ruta de Dakar y los puertos de Brasil hasta llegar a Buenos Aires.

El estado sanitario de Buenos Aires en 1918

Hacia fines de la segunda década del siglo XX Buenos Aires se había convertido en una gran urbe cosmopolita, recibiendo una importante masa inmigratoria europea. Su población sobrepasaba el millón y medio de habitantes, según el tercer censo nacional llevado a cabo en 1914. Dos eventos de importancia en dicho año fueron la nevada de junio de 1918 (hecho totalmente inusual en la ciudad, que sólo se repetiría en julio de 2007) y la finalización de la Primera Guerra Mundial.

El estado sanitario durante 1918 fue relativamente normal en lo que hace a las enfermedades infectocontagiosas, excepción hecha de la tuberculosis que se había agravado, presumiblemente debido a las condiciones climáticas y a la precariedad de los medios económicos de los habitantes de inquilinatos. La asistencia médica se cumplía en instituciones públicas y privadas. El municipio poseía 17 hospitales: Piñero, Rawson, Pirovano, Alvear, Muñiz, Álvarez, Fernández, Tornú, Argerich, Ramos Mejía, Durand, Bosch, Salaberry, vecinal Las Heras, vecinal Vélez Sarsfield, vecinal Villa Devoto y vecinal Nueva Pompeya. En la Casa Central o Asistencia Pública, situada en la calle Esmeralda, en 1918 se atendieron 118.425 pacientes. La institución estaba dirigida por el Dr. González del Solar y atendía enfermos de cualquier barrio de la ciudad. En el Hospital Muñiz, especializado en

enfermedades infecciosas, durante 1918 se atendieron 6.618 pacientes, en su mayoría de tuberculosis y de gripe, aunque los hubo también de coqueluche (63), difteria (77), crup (54), escarlatina (85, aumentando su virulencia), erisipela (94), tifoidea (211), carbunco (226), peste bubónica (63), sarampión (312), tuberculosis (2198) y tétanos (33). Se llevaban a cabo desinfecciones en casas, teatros, cines, casas de remates de muebles, escuelas, dependencias policiales, locales, vehículos y tranvías, utilizándose el bicloruro de mercurio y el formol. En la estación central de desinfección y parque sanitario 'Jaime R. Costa' se establecieron dos secciones de baños; una estaba dedicada a médicos, practicantes y personas que se hallasen en contacto directo con enfermos infecciosos; y en otra se colocó la lluvia desinfectante destinada al personal del mismo organismo.

El Departamento Nacional de Higiene (DNH) y la sección de Higiene de la Municipalidad cumplían tareas inherentes al mantenimiento de la salubridad de la población. El DNH dependía del Ministerio del Interior y estaba presidido por el Dr. J. J. Capurro, siendo secretario y a veces presidente suplente el Dr. Teófilo R. Lecour. Estaba dividido en secciones, a saber: reconocimientos médicos, química, demografía, desinfección y saneamiento y vacuna. Bajo su dependencia se encontraba la escuela de guardas sanitarios y el Instituto de Bacteriología, a cargo del Dr. Rudolf Kraus, donde se elaboraban los sueros y las vacunas y se analizaban los gérmenes productores de las enfermedades contagiosas.

EL DNH se encargaba también la sanidad de puertos. Su jefe era el Dr. Francisco Otero. Disponía de dos pequeños buques, el Jenner y el Pedro A. Pardo, por medio de los cuales los médicos se trasladaban a la rada para efectuar la inspección y ordenaban la desinfección de los buques antes de otorgarles la libre plática.

El ocaso del invierno porteño (septiembre) de 1918 se caracterizó por las copiosas lluvias producidas a principios y mediados del mes con un fuerte temporal de llovizna, granizo y frío. Después de la excepcional nevada del 22 de junio de 1918 la temperatura invernal servía de aliciente a las enfermedades broncopulmonares.

Sobre un total de 568 inhumaciones de hombres realizadas en el cementerio de la Chacarita durante septiembre 1918, la décima parte correspondía a enfermedades propias de la estación como bronconeumonía, neumonía,

congestión pulmonar, bronquitis asmática, bronquitis capilar, pulmonía, neumonía fibrinosa, con predominio de bronconeumonía⁹.

Dos opiniones científicas referentes a la gripe española

A principios de octubre de 1918 aún se creía que Buenos Aires estaría a salvo de la importación de la forma epidémica de gripe porque se hablaba de casos benignos que sucedían anualmente durante la temporada invernal. El Dr. Gregorio Aráoz Alfaro señalaba que se desconocían las causas de la propagación de la gripe, la cual a veces era más virulenta, especialmente en sus complicaciones con otras enfermedades del aparato respiratorio. Aráoz Alfaro ofrecía tranquilidad a la población, alegando que, en el caso de su importación, no produciría grandes calamidades, ya que la primavera no era la estación más propicia para su desarrollo y difusión. Decía así:

“No creo necesario instituir rigurosas medidas contra las procedencias de España. Bastaría con que el servicio de sanidad cumpla con su deber, y que se vigile y trate convenientemente a los enfermos. Y si algún caso de tifus exantemático ocurriera a bordo, las medidas de profilaxis, serían de fácil ejecución, siendo tal enfermedad y su modo de contagio bien conocidos, lejos de ser un mal nuevo, como algunos creen. Es decir, sería nuevo entre nosotros, pero ha sido bien estudiado en Asia, en Europa, y aún en una parte de América (Méjico especialmente); y en la guerra actual ha reinado entre los ejércitos del frente oriental, partiendo de Rusia. Por lo demás el tifus exantemático es una enfermedad que se propaga en las grandes acumulaciones humanas, gracias al hacinamiento, al frío y a la suciedad. Si apareciera en Buenos Aires, podemos estar seguros que no prosperaría. La gripe sí, se difundirá rápidamente, a pesar de todas las medidas; pero ya he dicho que no la creo temible en esta época entre nosotros. El tifus y otros males por el estilo han sido ya dominados por la higiene moderna, y Buenos Aires está felizmente garantida contra ellos”¹⁰.

⁹ Berruti, Rafael, “Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires”, *La Semana Médica*, 155, n° 16, 26 de octubre de 1979, 563.

¹⁰ Berruti, Rafael, “Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires. Consideraciones generales acerca de la salubridad en la ciudad de Buenos Aires (IIa. parte)”, 772.

La literatura médica de la época asumía la posibilidad de importación de tifus exantemático, enfermedad transmitida por los piojos humanos que solía acompañar a las guerras y a las catástrofes naturales. Por el contrario, el Dr. José Penna, higienista de prestigio y ex presidente del Departamento Nacional de Higiene, señalaba que el país se hallaba más expuesto que antes a ser invadido por enfermedades epidémicas. Fundamentaba su opinión en dos causas. Por un lado, porque el DNH, que era la institución oficial destinada a cuidar la salud pública, se encontraba desquiciado, acéfalo y desorganizado, carente de elementos fundamentales para contrarrestar la difusión del mal, a tal punto que el único hospital flotante que poseía había sido vendido en subasta pública. Por el otro, porque debido a la guerra mundial las leyes profilácticas se encontraban en segundo plano, lo que redundaba en pro del desarrollo de las pestes entre los países beligerantes y su difusión a otras regiones. Penna pensaba que la influenza podría llegar en barcos acompañada del cólera y del tifus exantemático y que, aunque el peligro de la influenza no fuera tan grande, *“hay que defenderse de ella, por todos los medios profilácticos conocidos”*, pues podría estar acompañada por el cólera asiático o el tifus exantemático, contra los cuales ya se tomaban precauciones en países europeos y en Brasil. Finalmente expresaba Penna:

“Nosotros, hasta ahora, permanecemos impasibles, y sin embargo el gobierno, que ya tiene conocimiento oficial, por sus autoridades consulares, de que España se prepara a defenderse contra el cólera, no ha tomado todavía las medidas conducentes que corresponde. Es de lamentar que en esta situación el Departamento Nacional de Higiene se encuentre desorganizado, mutilado y con su personal en comisión, y no como en otras ocasiones, formado y listo para defender al país”¹¹.

La convicción que las medidas de profilaxis, implementadas en el marco del paradigma de la medicina higienista, eran fundamentales para impedir la llegada de una enfermedad o de reducir sus daños en caso de su aparición llevaron a Emilio Coni a decir, apenas un mes de pasada la primera ola de gripe de 1918:

“De este ligero estudio puede deducirse que la capital argentina, con relación a sus hermanas del continente, ha pagado a la gripe un tributo menor de vidas, y es del caso recordar aquí, que ocupa el primer rango por

¹¹ Berruti, Rafael, “Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires. Consideraciones generales acerca de la salubridad en la ciudad de Buenos Aires (IIa. parte)”, 773

su saneamiento e higienización, por su asistencia pública que ha servido de modelo al mismo Río de Janeiro y por su organización sanitaria que ofrece, sin embargo, no pocas deficiencias para llegar a un completo perfeccionamiento”¹².

Y a estar convencido que:

“...era un hecho comprobado en la historia epidemiológica, que las enfermedades infecto-contagiosas, revisten mayor desarrollo y mayor virulencia en los diferentes países, según sean mayores o menores los progresos realizados por cada uno, en materia de higiene, de asistencia pública y de administración sanitaria. Estudiando la pandemia de gripe en América Latina, he podido comprobar la exactitud del principio establecido”¹³.

Sin embargo, el entusiasmo de Coni reflejaba sólo una mirada desde la ciudad de Buenos Aires. Como ha sostenido Álvarez, la lectura no coincidía con la realidad del interior del país y de las zonas alejadas de las grandes ciudades: la escasez de médicos, la falta de hospitales y las costumbres locales vinculadas con la medicina marginal y/o hogareña provocaron que el aislamiento de los enfermos fuera escaso, provocando una mayor difusión del mal¹⁴. Noticias de la época dan cuenta de la tranquilidad social inmediatamente antes de la aparición del brote epidémico: la sensación general era que la gripe no era ni sería una enfermedad mortal para los residentes en la Argentina. Los médicos confiaban en las medidas de prevención sanitaria en práctica; el imaginario colectivo de la población general, según Carbonetti, la llevaba a verse a sí misma como un conjunto de personas que gozaba de una alimentación adecuada, completa y abundante¹⁵.

Síntomas de la gripe antes de la pandemia

La gripe en su forma benigna se había aclimatado en Buenos Aires a partir de 1886. En la mayoría de los casos se localizaba en los órganos del aparato respiratorio pero en otros atacaba el sistema nervioso central y el aparato digestivo. Afectaba a

¹² Coni, Emilio, “Epidemiología. Relación entre los progresos sanitarios y la pandemia de gripe”, *La Semana Médica* XXVI n° 4, enero 23 de 1919, 88-89.

¹³ Coni, Emilio, “La pandemia de gripe en 1918”, *La Semana Médica* XXVI n° 10, marzo 6 de 1919, 249.

¹⁴ Álvarez, Adriana; Carbonetti, Adrián; Carrillo, Ana María; Bertolli Filho, Claudio; de Souza, Christiane María Cruz; Bertucci, Liane María; Azevedo, Nara, “A gripe de longe e de perto: comparações entre as pandemias de 1918 e 2009”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 16, n° 4, Rio de Janeiro, octubre – diciembre 2009, 1065-1113.

¹⁵ Álvarez, Adriana et al, “A gripe de longe e de perto...”, 1065-1113.

los individuos de cualquier clase social, a todas las constituciones físicas y a cualquier edad. El contagio era directo, es decir, de individuo a individuo, y se producía por la tos, por el estornudo y por las secreciones nasales. La dolencia comenzaba con un violento escalofrío, o de varios sucesivos, acompañados de laxitud profunda, postración y abatimiento. Luego se daban fuertes dolores de cabeza, dolores erráticos en el cuerpo; la respiración se volvía dificultosa y era agravada por una tos seca y dolorosa. A estos síntomas se agregaban los fenómenos gastrointestinales, como lengua blanca y pastosa, sed insaciable y pérdida del apetito. De todas las complicaciones, las más frecuentes eran la neumonía y la bronconeumonía. La enfermedad persistía de cuatro a cinco días en los casos benignos y de dos o más semanas en los casos graves y complicados, que generalmente concluían con la muerte. Entre los recursos terapéuticos se utilizaban las sudaciones profusas, las deposiciones abundantes y la sangría. La muerte sobrevinía rápidamente por asfixia o alteración profunda del tejido pulmonar. Desde el punto de vista profiláctico se procedía al aislamiento de los enfermos y a la desinfección de sus ropas y objetos de uso personal. Al declararse la epidemia debían evitarse las aglomeraciones para que no se propagara la enfermedad. Se la diagnosticaba con facilidad en los casos simples y su pronóstico variaba de acuerdo a la mortalidad que se producía en cada epidemia¹⁶.

Noticias en Buenos Aires sobre la gripe en el extranjero hasta septiembre de 1918

El viernes 13 de septiembre de 1918 la población tomó conocimiento por medio de los periódicos del estado epidémico existente en España. En *La Prensa* se leía: "*Informaciones llegadas de varias provincias anuncian que se han registrado algunos casos de enfermedades epidémicas*". Y al día siguiente: "*Las noticias llegadas de varias ciudades, respecto a la reaparición de la epidemia de influenza, que reinó hace algún tiempo en la península [ibérica], son pesimistas*". Por su parte *La Nación* expresaba:

"Comunican de varias capitales de provincia, que en algunas localidades de la península ha vuelto a reaparecer la epidemia gripal de carácter desconocido, que hace pocos meses fue general en toda España. El pueblo

¹⁶ Berruti, Rafael, "Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires. Consideraciones generales acerca de la salubridad en la ciudad de Buenos Aires (IIa. parte)", 771.

de Madrid llama humorísticamente a esta enfermedad: 'soldadito que vas a Nápoles'".

El Diario señalaba: "Se ha reproducido la epidemia de influenza. En esta ciudad [Madrid], hay muchos casos, lo mismo que en la provincia de Murcia. La guarnición militar de Alicante, está casi toda atacada del mal"¹⁷. Sin embargo, es evidente que se temía más al cólera que a la gripe según lo indica el decreto del 30 de setiembre de 1918 que declaraba sospechosos, por el cólera, a los puertos de Francia, España, Italia y Portugal. Los periódicos mostraban a la gripe como una afección que aparecía en sitios lejanos como Australia (*La Nación*, 20.09.18), España (*La Nación*, 21.09.18), Alemania e Italia (*La Nación*, 27.09.18). Ni siquiera la aparición de información que indicaba la existencia de casos en Brasil (*La Nación*, 24.09.18) produjo un cambio sustantivo en esta perspectiva.

Las enfermedades que preocupaban a la sociedad y al gobierno eran otras: la tuberculosis, la viruela, la peste bubónica y la sífilis¹⁸. A esta enumeración debemos agregar otras dos, vinculadas estrechamente con la guerra y las catástrofes naturales: el cólera y el tifus exantemático. Pero para las autoridades del DNH, la influenza no era una fuente de preocupación sanitaria en la ciudad de Buenos Aires que contaba, según las mismas, con excelentes condiciones sanitarias, climáticas y de alimentación, lejos de campos de batalla con climas rigurosos, problemas higiénicos y sanitarios, hacinamiento de tropas y desplazamientos de soldados mal alimentados. "La gripe acentúa su benignidad", titulaba un artículo en *La Nación* el 18.10.18. La sociedad porteña se burlaba de "la enfermedad de moda y de sus efectos". El mismo nombre dado a la enfermedad la hacía parecer algo remoto: *Caras y Caretas* la llamaba a la enfermedad "influenza de los campamentos", "influenza española", "gripe infecciosa" o "gérmen de los hunos". Como sostiene Álvarez, lo que acaparaba la atención de la prensa nacional era la finalización de la contienda mundial y la posible recuperación de la economía del país fruto del restablecimiento del comercio exterior¹⁹.

¹⁷ Berruti, Rafael, "Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires", 563-564.

¹⁸ Carbonetti, Adrián, "Historia de una epidemia olvidada...", 161-162.

¹⁹ Álvarez, Adriana et al, "A gripe de longe e de perto...", 1065-1113.

Los barcos de la pandemia

Testimonios de la época indican que fueron los buques Liger, Demerara y Reina Victoria Eugenia los que llevaron a Buenos Aires los primeros casos de la gripe española durante la primavera (austral) de 1918.

- El Liger

El 17 de septiembre de 1918 arribó al dique 4 de Dársena Norte el vapor francés Liger, matriculado en Burdeos, de 3.531 toneladas de registro. Transportaba pasajeros y carga general. Había zarpado de Burdeos el 7 de agosto, al mando del capitán A. Dubosq y llevaba como médico de a bordo al Dr. Gastón Roques. Este barco había cumplido escalas en los puertos de Dakar, Bahía, Río de Janeiro, Santos y Montevideo. El 12 de septiembre, al zarpar de Santos, se embarcaron numerosos artistas franceses, arribando a Buenos Aires con 171 pasajeros, 43 en primera clase, 88 en segunda y 40 en tercera. El mismo 17 de septiembre se le practicó la visita y la inspección sanitaria y el visitador Emilio Polero y el Dr. A. Ocampo constataron que se habían producido casos de gripe durante la travesía y que al salir de Santos acaeció el deceso de François Labere, francés, de 57 años de edad, debido a "*pulmonía gripal*". Por otra parte, se comprobó la existencia de un enfermo de gripe llamado Paddy Padre. De inmediato se procedió a la desinfección total del buque y el traslado del enfermo a la Casa de Aislamiento (Hospital Muñiz). El paciente fue tratado en dicho hospital y falleció en el mismo y puede ser considerado como el caso cero de la epidemia en Buenos Aires.

- El Demerara

El vapor inglés Demerara, matriculado en Belfast, de 7.292 toneladas de registro, transportaba pasajeros y carga general y era comandado por el capitán F. G. K. Cheret. Arribó al puerto de Buenos Aires el 25 de septiembre y se le practicó la visita de inmigración y la inspección sanitaria marítima por intermedio del visitador Jorge C. Thompson y el Dr. A. Ocampo. El barco había zarpado de Liverpool el 13 de agosto de 1918 con 9 pasajeros y carga general, formando parte de un convoy de 12 barcos más, custodiado por 6 destructores estadounidenses. Cerca de Irlanda fue atacado por submarinos alemanes y en el golfo de Viscaya recogió a 5 tripulantes

de un vapor inglés torpedeado, los cuales fueron desembarcados en Lisboa. En 24 de agosto partieron de Lisboa con 20 pasajeros más y después de hacer escala en Pernambuco, Bahía, Río de Janeiro, Santos y Montevideo arribó a Buenos Aires con 90 pasajeros, 64 en primera clase, 14 en segunda y 12 en tercera. En Montevideo había desembarcado Ernesto Franco, italiano, farmacéutico, soltero de 47 años de edad. Al arribar a Buenos Aires el médico de sanidad y el jefe interino de sanidad marítima comprobaron que, al salir de Lisboa, se había gestado una epidemia de gripe en pasajeros de tercera clase embarcados en dicha ciudad, los cuales fueron atendidos por el médico de a bordo Dr. H. Seager. Cinco pasajeros fallecieron durante la travesía y se contagiaron dos tripulantes del servicio de tercera clase, uno de los cuales murió y el otro, al desembarcar, se encontraba en grave estado a causa de la complicación con una pulmonía. En el acta de inspección sanitaria marítima no se expresó el nombre de los fallecidos y de los enfermos. El tripulante enfermo fue trasladado de inmediato a la Casa de Aislamiento, aplicándose las medidas profilácticas de práctica. Sería éste el segundo eslabón en la cadena de introducción de la gripe epidémica en Buenos Aires. Como la sanidad marítima argentina no poseía reglamentos ni convenios sanitarios que especificaran el camino a seguir se adoptaron los principios científicos de la época, ordenándose la desinfección del departamento de tercera clase, la visita médica individual, el traslado del enfermo a la Casa de Aislamiento y la desinfección general de todos los compartimientos del vapor y de todos los efectos susceptibles de ser tratados en las estufas de desinfección; se utilizó la desinfección a vapor de agua bajo presión, pulverizaciones con cresyl y bicloruro de mercurio y aplicaciones de gas sulfuroso con el aparato Clayton en las bodegas y demás dependencias de cierre hermético.

- **El Reina Victoria Eugenia**

El tercer importador de la epidemia gripal fue el barco español Reina Victoria Eugenia, matriculado en Barcelona y procedente del mismo puerto, que llegó a Buenos Aires el 26 de septiembre de 1918. Pertenecía a la compañía Trasatlántico Española, registraba 5.554 toneladas y transportaba 745 toneladas de carga. Este vapor, cuyo capitán era A. Ripol, había partido de Barcelona el 4 de septiembre con 330 pasajeros, siendo normal su estado higiénico. Viajaba con médico y boticario y cumplió escala en Málaga, Cádiz, Santa Cruz de Tenerife y Montevideo. Al embarcar los pasajeros en los puertos del sur de España, muy afectados por el mal

epidémico, este barco llevó la enfermedad a las costas del Plata. Como se dijo, llegó el 26 de septiembre al dique 4 de Dársena Norte, transportando 1.020 pasajeros, 186 de primera clase, 118 de segunda y 716 de tercera. A las 7 horas de dicho día el visitador Emilio Polero y el médico de sanidad Dr. Jerez cumplieron la visita e inspección sanitaria y comprobaron que durante el viaje habían fallecido las siguientes personas: Jaime S. Ezquerro, español de 29 años, el 9 de septiembre; Alejandro González Moure, de 3 meses, el 16; y Clara Martínez Núñez, española, de 26 años, el 10 de septiembre. Además, al desembarcar se encontraban enfermos Luis López Ríos (de tifus abdominal) y Manuel López Maza (de gripe). En forma inmediata el Dr. Jerez comunicó al Departamento Nacional de Higiene que durante la travesía 101 pasajeros habían contraído la gripe en su forma benigna, habiéndose producido una epidemia en el buque. El DNH aplicó las medidas profilácticas correspondientes. Como en los casos anteriores los dos enfermos fueron remitidos a la Casa de Aislamiento y el Dr. Jerez envió a un domicilio particular para su asistencia y aislamiento a una señorita (cuyo nombre no se especificó) que había viajado en primera clase especial. He aquí entonces el tercero y cuarto foco de irradiación del mal epidémico²⁰.

La gripe española en Buenos Aires

A fines de septiembre de 1918 la prensa de Buenos Aires y de Montevideo seguía publicando las noticias referentes al itinerario de la enfermedad en los países europeos, en Brasil y en el Uruguay. En *El Diario* del 26 de septiembre se leía: "A nadie puede ocultarse la gravedad del hecho pues tiene rápida difusión y ataca en verano y en invierno. La amenaza es grave. No somos alarmistas, pero creemos hacer el bien al señalar el posible peligro". Durante el mes de octubre de 1918 se incrementaron las enfermedades del aparato respiratorio. Sobre un total de 888 defunciones de hombres efectuadas en el cementerio de Chacarita, casi la tercera parte correspondió a las enfermedades broncopulmonares con predominio de la bronconeumonía.

El 15 de octubre se afirmaba la inexistencia de la gripe epidémica en Buenos Aires, señalándose que sólo se trataba de influenza benigna, cuya sintomatología era idéntica a los casos que se producían anualmente. No obstante esa aseveración

²⁰ Berruti, Rafael, "Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires. Consideraciones generales acerca de la salubridad en la ciudad de Buenos Aires (IIa. parte)", 774-776.

ese mismo día se inhumaron en el cementerio de Chacarita los restos mortales de José Pérez, español, casado, de 32 años, residente en la calle Gaona 2.676. En el registro de inhumaciones se expresaba que la gripe había sido la causa del deceso y que fue sepultado en la sección 3, manzana, 7, tablón 16, sepultura 8. Esta fue la primera inhumación de sexo masculino registrada en Chacarita debida a la epidemia de gripe de 1918. A partir de entonces las autoridades sanitarias percibieron la gravedad de la situación y tanto el DNH como la Municipalidad aplicaron medidas de profilaxis alertando a la población. Pero ya era tarde. La enfermedad había comenzado ya su obra destructora en Buenos Aires, invadiendo los hogares, las fábricas, las instituciones de enseñanza y los lugares de culto y recreación²¹.

Sobre la enfermedad en Buenos Aires reflexionan Cabrera y Segers, dos médicos que participaron en la atención sanitaria en el Hospital de Niños:

“No vacilamos en afirmar que en la epidemia actual no se ha tratado de otra enfermedad que de la gripe o influenza, la que todos años estamos acostumbrados a ver, lo que creemos no sólo fundados en sus caracteres clínicos, sino hasta en cierto modo en los pocos exámenes bacteriológicos hechos, que resultan idénticos a los de los años anteriores. Lo que ha caracterizado esta epidemia ha sido su intensa propagación en corto tiempo lo breve y atenuada que ha sido en la mayoría de los casos y la excepcional gravedad con que se ha presentado en pocos. En los niños particularmente, hemos visto la forma abdominal ya conocida, cuyos caracteres clínicos esbozamos y que hasta la fecha no habíamos observado.

Es de suponer que los caracteres de esta epidemia han respondido a una o varias causas que no nos es posible indicar sino como hipotéticas. Por nuestra parte fundados en lo expuesto, creemos que nos ha sido importada con los caracteres adquiridos en su punto de origen, caracteres posiblemente originados por asociación, exaltación de virulencia u otros cambios del germen normal de la gripe producidos por causas climatéricas o individuales.

²¹ Berruti, Rafael, “Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires. Consideraciones generales acerca de la salubridad en la ciudad de Buenos Aires (IIa. parte)”, 776.

Estando convencidos como la mayoría, de que esta gripe nos ha sido importada este año, no creyendo en forma alguna, por las razones más que todo clínicamente expuestas, sea un cambio y recrudescencia de la endémica que todos los años vemos, lo primero que se nos ocurre averiguar es saber si hemos podido evitarla. Sin vacilar creemos que sí. El impedir la importación de una enfermedad infecciosa es un punto de profilaxis estudiado y aclarado; su aplicación general es sencilla y seguros sus resultados, tanto más cuanto más distancia haya de un país a otro y mejor si está el mar de por medio.

En esta epidemia no nos explicamos bien lo que ha sucedido, ni sobre quien debe de recaer la culpabilidad. Suponemos que los representantes de nuestro país en aquellos de donde nos vino la epidemia han dado cuenta oportunamente a nuestras autoridades sanitarias de su desarrollo y gravedad. Estas han debido tomar con energía y rapidez las medidas aconsejadas para evitar su importación.

Puede pensarse por los profanos, no por los médicos, que la aplicación de las medidas generales de profilaxis, tratándose de una enfermedad como la gripe, puede tener dificultades por su propagación fácil y porque puede existir con síntomas insignificantes; pero estos inconvenientes son más aparentes que reales; en caso de cualquier peligro que nos amenace, las medidas de profilaxis deben exagerarse, dejando en observación el tiempo que se crea necesario a los pasajeros, en lazaretos que deben reunir junto a las mejores condiciones higiénicas las mayores comodidades; podrán vulnerar tales medidas intereses particulares, todo lo que se quiera, lo que no es nada con lo que representa una epidemia importada, que sin saber cómo, por el terreno o el clima, puede adquirir caracteres aun más graves que de donde viene.

Nada tenemos que objetar a lo hecho desde un principio por la Dirección de la Asistencia Pública. Ha puesto en práctica lo mejor que la ciencia aconseja para tratar de disminuir su propagación como ser: cierre de escuelas, de espectáculos públicos en locales cerrados y hasta de impedir reuniones en los cafés hasta altas horas de la noche.

Con su aplicación severa por el tiempo que se ha juzgado oportuno, se ha tratado de evitar no solo el contagio inmediato sino que disminuya la resistencia individual, obligando en lo posible a la mayoría a permanecer en sus casas. Estos medios generales junto con la hospitalización y en cierto modo aislamiento de los enfermos que ha hecho en lo posible, constituyen la base de profilaxis que se le puede exigir.

A pesar de medidas tan buenas y oportunas, de ningún modo creemos que la epidemia se hubiera desarrollado en forma tan benigna y terminado en tan breve plazo, si no hubiéramos contado con un aliado eficaz, que ha sido la estación en que la epidemia se inició: la primavera, época del año poco propicia, como estamos acostumbrados a ver para el desarrollo de la gripe y de sus formas graves²².

En el marco del pensamiento higienista era necesario contar con información confiable para poder evaluar los daños producidos por la enfermedad para poder combatirla y, eventualmente, prevenirla. En esta tarea descolló el médico Emilio Coni, quien llevó adelante registros documentados de los casos de gripe y de otras enfermedades respiratorias que fueron publicados en forma minuciosa, incluso a medida que la enfermedad avanzaba en la población. El 14 de noviembre de 1918 Coni sostenía:

“Todas las autoridades sanitarias de la metrópoli han venido repitiendo diariamente que la pandemia de gripe reinante ha tenido marcado carácter de benignidad. Para demostrar que esta afirmación no es del todo ajustada a la verdad, voy a recurrir a datos estadísticos que obran en mi poder...

...Durante veintidós días del mes de Octubre los registros mortuorios de la capital presentan 129 defunciones de gripe, o sea más menos seis por día y en sus complicaciones habituales, 247 de bronco-neumonía y 122 de neumonía, lo que da un total de 369 defunciones, o sea 16.7 por día, proporción jamás observada en los años anteriores, de manera que el excedente lógico es atribuirlo en este año a la gripe.

...La mortalidad general comenzó a ascender en los días 20, 21 y 22 de Octubre, fecha probable de la importación de la enfermedad por el vapor

²² Cabrera, R.; Segers, A., “Algunas consideraciones sobre la última epidemia de gripe”, *La Semana Médica* XXV, n° 51, diciembre 9 de 1918, 740-741.

Demerara y desde dicho día siguió una progresión ascendente para disminuir un poco el día 30 y sensiblemente el 31, representado por solamente 69 defunciones, es decir, más o menos la cifra habitual.

...Durante el mes de Octubre fallecieron en el municipio 2.671 personas, correspondiendo 905 a la primera quincena y 1.766 a la segunda. Conviene recordar que en mes de Septiembre sucumbieron 1.729, es decir, 37 menos que en la segunda quincena de Octubre. Por consiguiente, resulta para este último mes 942 defunciones más que en Septiembre.

En Octubre de 1917 se registraron 2.306 defunciones y 2.671 en Octubre de este año, es decir, 365 más en favor del último, cifra que representa con mucha aproximación la mortalidad producida por la gripe"²³.

A comienzos de diciembre del mismo año, cuando la morbimortalidad de la gripe ya había descendido, Coni hizo un primer resumen de lo observado. Estimó que la pandemia de gripe había durado 25 días, siendo 12 días de octubre y 13 días de noviembre, y sostuvo:

*"Teniendo en vista todos estos antecedentes, se llega a la conclusión de que la última epidemia de gripe ha producido alrededor de 700 víctimas, o sea 28 por día en un intervalo de 25 días, resultando que, como se ve, no demuestra su excesiva benignidad, como lo han pretendido [sic] las autoridades sanitarias"*²⁴.

Hacia fin del mismo mes Coni incluso se animó a estimar las pérdidas materiales ocasionadas por la enfermedad:

*"La pandemia de gripe que ha atacado durante el período de un mes próximamente, a 400.000 individuos en la capital, ha determinado una pérdida financiera de diez millones de pesos moneda nacional, teniendo presente los días inutilizados para el trabajo, los gastos de enfermedad, los perjuicios originados al comercio y a la industria, etc., etc."*²⁵

²³ Coni, Emilio, "La pandemia de gripe y la mortalidad de la capital federal", *La Semana Médica*, XXV, n° 46, noviembre 14 de 1918, 591.

²⁴ Coni, Emilio, "La pandemia de gripe y la mortalidad de la capital federal", *La Semana Médica*, XXV, n° 49, diciembre 5 de 1918, 695.

²⁵ Coni, Emilio, "La pandemia de gripe y la mortalidad de la capital federal", *La Semana Médica*, XXV, n° 52, diciembre 26 de 1918, 761.

En una nota fechada el 1º de diciembre de 1918, el médico peruano Escomel hacía los siguientes comentarios epidemiológicos:

“Se ha podido observar que la epidemia ha sido más mortífera cuanto más cerca del Ecuador se ha desarrollado, disminuyendo la virulencia a medida que descendía del norte al sur de Brasil no presentando la misma gravedad en Montevideo ni en Buenos Aires (200 a 300 muertos diarios en el momento álgido de esta última capital [Buenos Aires] de más de un millón de habitantes. En la costa del Pacífico desde Valparaíso hasta el norte de Chile la epidemia si bien muy extendida ha causado mortalidad mucho menor que en las ciudades del Atlántico”²⁶.

Por su parte Dessy, Grapiolo y Spada, profesionales del Hospital Italiano de Buenos Aires, presentaba sus propias observaciones:

“...Se han notado algunas diferencias en el modo de comportarse de la actual epidemia respecto de la de 1889. La enfermedad no ataca a ancianos, como se puede observar en los Asilos. Esto respondería a que las personas que han sido atacadas por la pandemia de 1889 han quedado inmunizadas. Además la actual epidemia se caracteriza por la frecuencia de complicaciones por estreptococo y en consecuencia por su gravedad... La etiología de la enfermedad permanece aún oscura...

En la República Argentina los resultados de las investigaciones sobre la gripe fueron comunicados en dos reuniones científicas y en varios artículos. La mortalidad de la epidemia ha sido, según la estadística del Hospital Muñiz, del 12% (49 muertes en 404 enfermos). Según los cálculos de Coni ha habido aproximadamente 400.000 atacados con 700 muertos en la Capital Federal.

En cuanto al origen de la epidemia las opiniones están divididas. Algunos piensan que la enfermedad ha sido traída con el Demerara (Penna); otros que la actual epidemia es idéntica a la influenza que existe endémicamente y que se ha agravado por causas desconocidas (Méndez, M. del Sel). Apoyaría esta última opinión el hecho de haber observado casos en julio, agosto y septiembre de 1918, antes de la llegada del Demerara (M. del Sel).

²⁶ Escomel, Edmundo, “La gripe en Río de Janeiro, Montevideo i Buenos Aires. – Medidas profilácticas i terapéuticas”, *La Crónica Médica de Lima* XXXV, 1918, 368.

Según los estudios de Coni la mortalidad en la Capital Federal ha comenzado a aumentar después de la llegada de este buque...

La forma clínica de la gripe en la R.A. [República Argentina] ha presentado una gran uniformidad. En la mayoría de los casos la enfermedad ataca los individuos adultos de 20 a 45 años. Es rara en las personas ancianas y en los chicos de pecho y no muy frecuente en niños y jóvenes"²⁷.²⁶

A continuación de ello presentan una síntesis de historias clínicas de 82 pacientes internados en el Hospital Italiano de Buenos Aires. En términos sanitarios, la morbilidad de la gripe fue alta²⁸. Sin embargo, el impacto de la gripe española sobre la población de Buenos Aires en términos de mortalidad fue bajo. Carbonetti estima que, para la ciudad de Buenos Aires, sería de 0.4 por mil; para la provincia de Buenos Aires, de 0.7 por mil; en total para la Argentina, en 1918, fue de 0.29 por mil²⁹. Estos números deben compararse con la tasa de mortalidad por gripe del total país, que para 1919 fue del 1.6 por mil; y debe tenerse en cuenta que la sumatoria de la población de la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires representaba el 48.2% de la población total de la Argentina de la época, que el censo nacional de 1914 había estimado en 7.554.886 personas. En la primera oleada de la gripe, la de 1918, se produjeron 2.237 muertes, de las cuales alrededor de 700 fueron en la ciudad de Buenos Aires. En el año anterior, 1917, las muertes por gripe habían sido 319 casos. El año 1918 tuvo 7 veces más decesos por gripe que el año anterior³⁰. La tasa de mortalidad general del país había sido 16.6 por mil en 1916 y 15.4 en 1917 y ascendió en 1918 a 17.5, para regresar a poco más de 14 por mil en 1919 y 1920³¹. Sin embargo, insistimos en el hecho que el impacto sobre la población porteña fue bastante bajo si se lo compara con el resto del país y, en mucha mayor medida, con otros países. De acuerdo con Álvarez, quizás sea por eso que *"no han quedado recuerdos en la memoria pública relativos al padecimiento de esta enfermedad, a los miedos o a la incorporación de hábitos o cuidados preventivos"*³².

²⁷ Dessy, S.; Grapiolo, F.; y Spada, C., "Observaciones sobre la epidemia de 'gripe' en la República Argentina", *Revista Sudamericana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia*, Buenos Aires, 3, 1919, 65-91.

²⁸ Agüero, Abel Luis; Cabrera Fischer, Edmundo I., *Manual de historia de la medicina argentina*, EdiAMA, Buenos Aires, 2014.

²⁹ Carbonetti, Adrián; Gómez, Néstor; Torres, Víctor, "La gripe española y crisis de mortalidad en Salta, Argentina. A principios del siglo XX", *HistoReLo, Revista de Historia Regional y Local*, 5, n° 10, julio-diciembre 2013, 283.

³⁰ Carbonetti, Adrián, "Historia de una epidemia olvidada...", 162.

³¹ Veronelli, Juan Carlos; Veronelli Correch, Magalí, *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, OPS/OMS, Buenos Aires, 2004.

³² Álvarez, Adriana et al, "A gripe de longe e de perto...", 1065-1113.

De la pasividad a la alarma: prensa, medidas sanitarias y conflictos de interés

Un artículo de Coni publicado en *La Semana Médica* hace referencia a la relativa despreocupación de las autoridades sanitarias en relación a la gravedad de la gripe³³. El asunto era claro. La ciudad había tenido un incremento significativo en las muertes por gripe a partir del 20 de octubre de 1918, incremento que la población advertía pero que los organismos sanitarios parecían empecinados en ignorar³⁴. Se produjeron 138 muertes en sólo 12 días. A eso se debían sumar la cantidad de enfermos que solicitaban asistencia médica (*La Nación*, 26.10.18). La alarma cundió en la sociedad que había sido optimista hasta unos días antes y la revista *Caras y Caretas* incluyó la palabra "pánico" en uno de sus artículos ("La epidemia de moda o el pánico de la gripe"; *Caras y Caretas* 26.10.18).

El gobierno tomó una serie de medidas sanitarias que comenzaron a afectar la vida cotidiana de la ciudad. Se cerraron las escuelas por 10 días. Se ordenó la limpieza del Riachuelo, río que limitaba la ciudad hacia el sur y foco de contaminación de larga data. Se ordenó la internación en el lazareto de la isla Martín García, en el Río de la Plata, de todos los viajeros que llegaran de Europa. Se pidió a la población evitar las aglomeraciones públicas, en especial en lugares de culto, los que debían ser desinfectados. Se decretaron inspecciones a talleres fabriles y se dispuso el cierre de salas de espectáculos. Y, además de ello y por fuera de los límites de la ciudad de Buenos Aires, se impuso la desinfección de ciudadanos chilenos que ingresaran a la Argentina a través del paso cordillerano de Las Cuevas (*La Nación*, 26.10.18).

Las medidas implementadas afectaban los intereses de diversos actores. La prensa dejaba traslucir una visión xenófoba en sus actitudes hacia los inmigrantes provenientes de las regiones donde había aparecido la enfermedad, en particular España e Italia. La enfermedad era vista como un elemento ajeno a lo nacional que era introducido desde afuera. Los buques llegaban con enfermos que "han ido a parar a nuestros hospitales; los demás, sus compañeros de viaje a pasearse por la ciudad" (*La Nación*, 24.10.18). Los templos se desinfectaban pero la población, pese a los consejos, continuaba asistiendo a ellos, lo que muestra que no fueron cerrados al público. Los talleres y fábricas llegaron a tener hasta un 50% de ausentismo por

³³ Coni, Emilio, "La pandemia de gripe y la mortalidad de la capital federal", *La Semana Médica*, XXV, n° 49, diciembre 5 de 1918, 695.

³⁴ Coni, Emilio, "La pandemia de gripe y la mortalidad de la capital federal", *La Semana Médica*, XXV, n° 46, noviembre 14 de 1918, 592.

efectos de la gripe. Sin embargo las autoridades no promovieron activamente su cierre debido a la potencial afectación de la actividad industrial y a la merma en el ingreso de los obreros. De manera que se proponía a los propietarios de los establecimientos que hicieran una denuncia sanitaria cuando el ausentismo llegara a niveles mayores al 20% del personal empleado; la medida no se cumplía ya que implicaba el posible cierre del establecimiento.

Las medidas fueron más rigurosas en lo que se refiere al cierre de espectáculos. Los empresarios de establecimientos de recreación hicieron lo posible para que las autoridades de la ciudad revisaran las medidas que los afectaban mediante reuniones, asambleas y notas escritas. Las salas fueron cerradas. Sostenían que era injusto que se castigase en forma severa a la actividad teatral, ya que *"entre la gente de teatro el promedio de enfermo fue tan ínfimo que las salas han podido continuar funcionando hasta la fecha"*. Con respecto al público, éste *"...no ha temido concurrir a las salas de espectáculos y por el contrario ha contribuido en mayor medida con su presencia a dar animación a éstas, demostrando su espíritu de confianza"* advirtiendo al gobierno que

"si el decreto de cierre se mantiene, la alarma renacerá con mayor intensidad en la población, y ese mismo público ... se volcará en los cafés y bares, sitios que por su capacidad, aireación e higiene están en condiciones muy inferiores a las salas de espectáculos, dada la reducida capacidad que tienen para contener exceso de público" (La Nación, 26.10.18).

Cinco días más tarde los empresarios reiteraron su solicitud de reapertura de salas de espectáculos, aduciendo los problemas económicos que podrían sufrir ellos y sus empleados vinculados a la industria del teatro y del cine (La Nación, 31.10.18). Es evidente que los conflictos de interés eran parte integrante de este sistema en crisis. La mortalidad no era tan alta, pero la morbilidad era aterradora.

A fines de octubre era evidente que la enfermedad continuaba atacando a la población y que la presunta benignidad no sería tal. Era necesario escalar las medidas de profilaxis. Hipólito Yrigoyen, presidente de la Nación, convocó a una reunión el 30 de octubre a la que asistieron el ministro del Interior, el intendente de la ciudad, el director de la Asistencia Pública, el jefe de policía y el presidente del Departamento Nacional de Higiene. El resultado de la misma fue un catálogo de nuevas -o reforzadas- medidas de prevención. Se dispuso la prohibición de ingreso a

los cementerios en momentos de alta afluencia de visitantes, situación particularmente seria por la proximidad del Día de Todos los Muertos, medida que quedaría bajo control de la policía; sólo se permitiría el ingreso de personas que participaran en cortejos fúnebres. Se disponía que las 23.00 horas sería el límite de funcionamiento de cafés, bares, confiterías, hoteles, burdeles y restaurantes. El jefe de policía hizo instrumentar la orden en forma inmediata y ese mismo día, a la noche, los locales cerraron. En el momento del desalojo, cuando los camareros sacaron a la gente de los locales, hubo insinuaciones de motines callejeros y silbatinas. *La Nación* consigna el aspecto que iba cobrando la ciudad la noche del 31 de octubre:

“A los pocos minutos las calles presentaban un aspecto extraño, manzanas enteras (...) aparecían tétricas, impresionantes, como si hubieran caído sobre la ciudad las más terribles calamidades que demandaban a los habitantes de Buenos Aires, encerrarse en sus casas. La insinuación de protesta se convirtió entonces en silenciosa inquietud popular” (La Nación, 01.11.18).

El comentario del cronista reflejaba una cierta visión conspirativa respecto del gobierno: *“el cierre de los cafés ha sido determinado en presencia de algo muy pavoroso que solo el gobierno y las autoridades sanitarias conocen” (La Nación, 01.11.18)*. Se describía la tristeza de la ciudad, la falta de automóviles, el despoblamiento de los tranvías, evidencias del miedo que la medida dispuesta por las autoridades había hecho cundir en la población. Al mismo tiempo se preguntaban por el sentido de la medida que exigía el cierre nocturno de las confiterías y bares mientras que las permitía en horarios diurnos: *“¿Acaso el cocobacilo de Pfeiffer es nochariego y solo ataca de once en adelante?” (La Nación, 01.11.18)*.

Se permitía que los espectáculos públicos permanecieran abiertos siempre que se desarrollaran al aire libre y antes de las 23.00 horas. Se exigía la desinfección de los lugares religiosos de culto. Se establecía que las escuelas públicas y privadas quedaran cerradas hasta nuevo aviso, medida instrumentada por el Ministerio de Instrucción Pública. Se dispuso que los viajeros que llegaran enfermos al puerto de Buenos Aires fueran internados transitoriamente en la isla Martín García, donde se estableció un lazareto. También se creó un hospital flotante en prevención que fuera necesario (*La Nación, 01.11.18*) y se dispuso la vigilancia del puerto de Buenos Aires para evitar la entrada de barcos y el desembarco de pasajeros. Se derivaron los

enfermos graves de gripe de los hospitales de la ciudad al Hospital Muñiz, especializado en enfermedades infecciosas. El objetivo era tratar de evitar la aglomeración de gente, tanto en lugares cerrados como en lugares abiertos, y tratar de aislar a aquellos que estaban presuntamente enfermos. El Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto envió una nota al obispado indicando la conveniencia de que no se celebraran funciones extraordinarias en las iglesias a fin de evitar las aglomeraciones de feligreses (*La Nación*, 02.11.18).

Diversos sectores de la sociedad porteña tomaron con escaso agrado las medidas decretadas. El 1º de noviembre, Día de Todos los Muertos, una gran multitud compuesta por mujeres y niños pugnaba por ingresar dentro de los cementerios desafiando la orden de la Intendencia de la ciudad. En la noche del 1º de noviembre, cuando cerraron los cafés, muchos de sus clientes se reunieron cerca de la esquina de las calles Carlos Pellegrini y Corrientes, en el centro porteño, se declararon en rebeldía y, con velas adquiridas en almacenes, iniciaron una manifestación de protesta con la intención de acercarse hasta la casa del intendente de la ciudad (*La Nación*, 02.11.18). El grito que se escuchaba cuando pasaron frente al edificio de la Asistencia Pública era "¡Abajo la gripe! ¡Queremos alcanfor!". La policía disolvió la manifestación, que se componía tanto de clientes de los bares y cafés como de 'gente de teatro', personajes del ambiente artístico local, estos últimos perjudicados por el cierre de los espectáculos.

Las reacciones sociales desafiaron las políticas del Estado, en la medida que las mismas implicaban una alteración de pautas culturales bien establecidas. Quizás, sostiene Carbonetti, esto haya sido causado por el hecho que la sociedad porteña asignaba una escasa relevancia al problema de la gripe en tanto problemática de salud pública por un desconocimiento de las posibles consecuencias de la gripe, de su carácter potencialmente mortal³⁵. Quizás también por las repetidas expresiones del Estado que sostenía la benignidad de la enfermedad en la ciudad de Buenos Aires -al menos en los inicios del brote, a mediados de octubre de 1918- en franca contradicción con las extremas medidas de control que habían producido una ruptura del orden social. La reacción social evidenciaba un Estado que carecía de capacidades para reaccionar frente a una enfermedad de este tipo.

³⁵ Carbonetti, Adrián; Rivero, María Dolores; Herrero, María Belén, "Políticas de salud frente a la gripe española y respuestas sociales. Una aproximación a los casos de Buenos Aires, Córdoba y Salta a través de la prensa (1918-1919)", 80.

La oferta de medicamentos

El 18 de octubre de 1918 el periódico *La Nación* intentaba tranquilizar a la población relatando que la población de la ciudad salía pasear por la ciudad de manera normal sin temer la posibilidad de un contagio (*La Nación*, 18.10.18). Sin embargo, a la vez daba cuenta de la especulación que se estaba produciendo en la urbe con ciertos productos que el saber popular identificaba como vinculados con la prevención o curación de la gripe; se relataba que el alcanfor en pastillas, los laxantes y las sales de quinina habían aumentado su valor en diez veces. En los días siguientes aparecieron en el mismo periódico publicidades de otros productos de supuesto uso preventivo o terapéutico para la gripe. Era evidente la intranquilidad subyacente. Las publicaciones de la época muestran publicidades de diferentes productos. Se creía que el alcanfor prevenía la enfermedad. Los que contaban con inventario de este producto lo llegaron a vender a 10 veces el valor habitual. El Cachet Fucus se vendía como desinfectante de manos y boca para evitar infectarse (*La Nación*, 19.10.18), Grippiseptic como antiséptico (*La Nación*, 20.10.18), CN como antiséptico y microbicida ideal para la gripe (*La Nación*, 22.10.18), Haptinógeno Neutro como tratamiento expectorante (*Caras y Caretas*, 02.11.18). Se utilizaban sales de quinina, laxantes y alcohol. Los medicamentos se vendían en farmacias y almacenes. El Estado no parecer haber tenido participación en la regulación ni en el control de estos productos. Si el Estado no tenía demasiado claro cómo prevenir la enfermedad y si los médicos no tenían demasiado claro cómo combatirla, estos remedios servían para reducir el temor a la enfermedad en la población general, con independencia de su posible (o nula) eficacia clínica. Por el lado de los médicos, el trabajo de Dessy y colaboradores muestra que éstos intentaban encontrar un tratamiento mediante vacunas y sueros que pudieran prevenir la enfermedad o tratar sus complicaciones.

“Pocas palabras sobre el tratamiento. En las formas simples aconsejamos el reposo en cama, con el fin de evitar las complicaciones, dieta, antisepsia de la garganta, pequeñas cantidades de valerianato de quinina. En las complicaciones pulmonares usamos el aceite alcanforado, las vacunas anti-neumococcicas [sic] y la vacuna y suero anti estreptocóccicos, cuanto el estreptococo parece ser el causante de la complicación. En las infecciones mixtas asociamos las dos vacunas y los dos sueros. Nos ha parecido

singularmente eficaz una vacuna preparada por uno de nosotros con muchos diplo-estreptococos de la actual epidemia"³⁶.

Un editorial de *Caras y Caretas* aconsejaba tomar un laxante del estilo de los de magnesia para luego tomar cada cuatro horas un sello conteniendo sulfato de quinina, antipirina y, por fin, hacer gárgaras calientes con bicarbonato de sodio disuelto en un litro de agua (*Caras y Caretas*, 02.11.18).

La politización de la epidemia

Los opositores al gobierno de Hipólito Yrigoyen no dejaron de criticar las medidas implementadas por el gobierno o la falta de ellas. Antes de la aparición de la epidemia en Buenos Aires el Partido Socialista reclamó medidas drásticas de prevención de la enfermedad tomando en consideración las noticias que se conocían sobre el desarrollo de la gripe en Europa y en prevención de la alta letalidad que la enfermedad venía exhibiendo en otros países. A mediados de octubre de 1918 *La Nación* criticaba al gobierno radical por su indecisión a la hora de enfrentar un problema que se venía anunciando con anticipación: "el pánico que en el primer momento originaran, principalmente, la actitud indecisa y las manifestaciones contradictorias de las mismas autoridades sanitarias, ha desaparecido ya..." (*La Nación*, 18.10.18).

Con la epidemia ya instalada en la ciudad las críticas hacia las medidas implementadas se hicieron más notorias. El dramatismo con el cual fue descrito el proceso de cierre de espectáculos y cafés contribuyó a crear un clima adverso a las medidas sanitarias en sí y al Estado que las originaba:

"A los pocos minutos las calles presentaban un aspecto extraño, manzanas enteras (...) aparecían tétricas, impresionantes, como si hubieran caído sobre la ciudad las más terribles calamidades que demandaban a los habitantes de Buenos Aires, encerrarse en sus casas. La insinuación de protesta se convirtió entonces en silenciosa inquietud popular" (*La Nación*, 01.11.18).

³⁶ Dessy, S.; Grapiolo, F.; y Spada, C., "Observaciones sobre la epidemia de 'grippe' en la República Argentina", *Revista Sudamericana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia*, 72.

A modo de conclusión

La enfermedad era desconocida. Era difícil de prevenir y de tratar. La élite médica estaba desorientada sobre su etiología, preguntándose si era la misma gripe estacional de todos los años, si era debida al estreptococo, al neumococo, al bacilo de Pfeiffer, al tifus exantemático o, como algunos comenzaron a insinuar, a un virus filtrable. Todas estas posibles etiologías hubieran disparado mecanismos preventivos diferentes. El Estado tardó en reaccionar. Se creía que la ciudad estaba en razonables condiciones de protección sanitaria en tal forma que la enfermedad no produciría mayores daños. Pero la realidad fue devolviendo un panorama diferente. En este contexto fue la oposición política -encarnada tanto por sectores socialistas como por grupos conservadores- la que presionó al gobierno para la toma de medidas efectivas de control de la enfermedad. Y no podemos olvidar el rol de la revista *Caras y Caretas* con su gran predicamento sobre la opinión pública que, tanto desde sus artículos descriptivos como desde sus páginas de humor como también desde sus caricaturas satíricas, contribuyó a sacudir la inercia inicial del Estado para forzarle a adoptar un rol más activo en la prevención de la enfermedad y la atención sanitaria de los afectados por la misma.

La aparición de la gripe en la ciudad de Buenos Aires en octubre y noviembre de 1918 permite evidenciar el complejo entramado de situaciones socio-sanitarias que se intersectan en el momento de la aparición de un brote epidémico. Hemos dejado deliberadamente fuera de este artículo el detalle de discusiones sobre la etiología de la enfermedad entre la clase médica de la época en sus aspectos microbiológicos y anatomopatológicos³⁷ para centrarnos en los roles jugados por los diferentes actores de la sociedad porteña, como los encargados de velar por la salud pública, los funcionarios gubernamentales en roles de gestión, la oposición política, los proveedores de medicamentos, los grupos empresarios y los usuarios/clientes de sus empresas y, por fin, la prensa. Un brote epidémico representa una ruptura en el orden establecido y desata un conjunto de reacciones diversas donde los actores sociales adoptan conductas que operan en arreglo a sus propias estrategias, lógicas, intereses y propósitos. A contramano de la historiografía médica clásica, que tiende a ver las epidemias con un formato descriptivo de trayectoria unidireccional en términos de fracasos y éxitos -pero en particular de estos últimos- la

³⁷ Quizás el texto que mejor expone estas discusiones es la tesis de Tobías que hemos consultado para esta investigación. Véase: Tobías, José W., "La epidemia de gripe de 1918-19", Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires, 1920, 1-207, ubicación 1256/T.

historia social de la salud permite comprender de manera sistémica las dinámicas, los avances y retrocesos, los intereses en pugna, las racionalidades e irracionalidades, las certezas pero también las dudas, haciendo que una epidemia deje de ser un desafío microbiológico para pasar a ser un problema fundamentalmente humano.

Fecha de recepción: 30/12/16
Aceptado para publicación: 12/05/17

Referencias Bibliográficas

- Agüero, Abel Luis; Cabrera Fischer, Edmundo I., *Manual de historia de la medicina argentina*. EdiAMA, Buenos Aires, 2014.
- Anónimo, “Buenos Aires letter”, *Journal of the American Medical Association* 71, n° 24, 1918, 2009.
- Berruti, Rafael, “Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires. Consideraciones generales acerca de la salubridad en la ciudad de Buenos Aires (IIa. parte)”, *La Semana Médica*, 155, n° 22, 12 de diciembre de 1979, 769-776.
- Berruti, Rafael, “Antecedentes de la introducción de la gripe de 1918 en Buenos Aires”. *La Semana Médica*, 155, n° 16, 26 de octubre de 1979, 563.
- Cabrera, R.; Segers, A., “Algunas consideraciones sobre la última epidemia de gripe”, *La Semana Médica XXV*, n° 51, diciembre 9 de 1918, 740-741.
- Carbonetti, Adrián, “Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919”, *Desacatos*, n° 32, enero-abril 2010, 161-170.
- Carbonetti, Adrián; Gómez, Néstor; Torres, Víctor, “La gripe española y crisis de mortalidad en Salta, Argentina. A principios del siglo XX”, *HistoReLo, Revista de Historia Regional y Local*, 5, n° 10, julio-diciembre 2013, 283.
- Carbonetti, Adrián; Rivero, María Dolores; Herrero, María Belén, “Políticas de salud frente a la gripe española y respuestas sociales. Una aproximación a los casos de Buenos Aires, Córdoba y Salta a través de la prensa (1918-1919)”, *Astrolabio*, n° 13, 2014, 72-80.
- Coni, Emilio, “Epidemiología. Relación entre los progresos sanitarios y la pandemia de gripe”, *La Semana Médica XXVI* n° 4, enero 23 de 1919, 88-89.
- Coni, Emilio, “La pandemia de gripe en 1918”, *La Semana Médica XXVI* n° 10, marzo 6 de 1919, 249.
- Coni, Emilio, “La pandemia de gripe y la mortalidad de la capital federal”, *La Semana Médica*, XXV, n° 46, noviembre 14 de 1918, 591-592.
- Coni, Emilio, “La pandemia de gripe y la mortalidad de la capital federal”, *La Semana Médica*, XXV, n° 49, diciembre 5 de 1918, 695.
- Coni, Emilio, “La pandemia de gripe y la mortalidad de la capital federal”. *La Semana Médica*, XXV, n° 52, diciembre 26 de 1918, 761.
- Dessy, S.; Grapiolo, F.; y Spada, C., “Observaciones sobre la epidemia de ‘gripe’ en la República Argentina”, *Revista Sudamericana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia*, Buenos Aires, 3, 1919, 65-91.
- Escomel, Edmundo, “La gripe en Río de Janeiro, Montevideo i Buenos Aires. – Medidas profilácticas i terapéuticas”, *La Crónica Médica de Lima XXXV*, 1918, 368.

Tobías, José W., “La epidemia de gripe de 1918-19”, Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires, 1920, 1-207, ubicación 1256/T.

Veronelli, Juan Carlos; Veronelli Correch, Magalí, *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, OPS/OMS, Buenos Aires, 2004.