

OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

LAS IDEAS MÉDICAS SOBRE LA EPIDEMIA DE GRIPA DE 1918 EN BOGOTÁ

Medical ideas in the 1918 flu epidemic

Resumen

El presente artículo busca analizar cómo los médicos bogotanos entendieron la gripa como entidad patológica a comienzos del siglo XX. Para ello se examinan algunos de los recursos cognitivos que los galenos utilizaron para abordar y atender la epidemia de 1918 en la ciudad de Bogotá. En este abordaje, se puede vislumbrar cómo la epidemia de gripa se tornó en un fenómeno social de enorme complejidad y cómo su definición médica se forjó en un campo de debate enmarcado por los grandes cambios paradigmáticos que vivió la medicina de finales del siglo XIX.

El texto explora algunos de los conceptos centrales que sirvieron de sustento para la comprensión etiopatológica de la gripa, presenta una descripción del saber clínico que se tenía acerca de la enfermedad y se detiene, de manera especial, en el debate que suscitó la identificación de un microorganismo específico como agente causal de la gripa.

Palabras claves: brotes de enfermedades (epidemias), medicina, historia del siglo XX, virus.

Eslava-Castañeda JC, García-Sierra M, Guevara AP. Las ideas médicas sobre la epidemia de gripa de 1918 en Bogotá. *Rev.Fac.Med.* 2010; 58: 84-97.

Summary

This paper analyzes how the local physicians in Bogotá understood the flu, as a pathological entity, in the early twentieth century. For this, we examine some of the cognitive resources that doctors used to address and respond to the flu epidemic of 1918 in Bogotá. In this approach, we can perceive how the flu epidemic became a social phenomenon of enormous complexity and how its medical definition was forged in a field of debate that pitted doctors who were impacted by the major paradigm shifts undergone by medicine during the late nineteenth century.

The text explores some of the central concepts that served as a basis for the etiologic understanding of the flu, presents a clinical description of the clinical knowledge about the disease available at the time, and reviews in detail the debate that led to the identification of a specific microorganism as a causal agent of the flu.

Key words. disease outbreaks, medicine, history, 20th century, viruses.

Eslava-Castañeda JC, García-Sierra M, Guevara AP. Medical ideas in the 1918 flu epidemic. *Rev.Fac.Med.* 2010; 58: 84-97.

Introducción

Actualmente se reconoce un creciente interés por el estudio histórico de las epidemias en el país, aunque su volumen aún es escaso, comparado con lo que ocurre en otros países. Este aserto general aplica también para el caso de la epidemia de gripa de 1918, donde se encuentran recientes publicaciones que brindan una comprensión general sobre lo que ocurrió en el país, en especial en Bogotá, pero aún queda mucho por estudiar (1-4).

La epidemia se ha abordado de forma indirecta por algunos investigadores quienes la presentaron como un hecho coyuntural que entendió la precariedad de la infraestructura sanitaria de la Ciudad y ayudó (entre otras causas) a justificar la implantación de una serie de controles higiénicos, con el fin de ejercer vigilancia sobre algunos sectores de la sociedad, especialmente la clase obrera y los “pobres” (5-7).

Los nuevos trabajos hacen más claro el hecho de que Bogotá no fue ajena al impacto que la epidemia de gripa tuvo en el mundo y muestran de manera nítida, que dicha enfermedad causó un gran traumatismo a los bogotanos y agitó el escenario social. Según algunas estimaciones hechas por médicos de la época, la epidemia afectó cerca del 40% de la población bogotana y mató alrededor del 1%. Si bien la gripa afectó a la población en general, sin respetar sus condiciones sociales, los muertos se concentraron en la población más pobre, la cual se hallaba en condiciones de vida miserables (8,9).

Como epidemia, la gripa conllevó una ardua labor de los médicos quienes desplegaron un intenso esfuerzo no sólo por conocer e identificar la causa de la enfermedad sino, más aún, por establecer formas eficaces de combatirla.

El propósito de este trabajo es estudiar el pensamiento médico acerca del fenómeno de la gripa y explorar cuáles fueron sus recursos cognitivos para atender la epidemia. En el análisis se hará notar que la epidemia de gripa fue un fenómeno social de enorme complejidad y su definición médica se forjó en un campo de debate que enfrentó a los médicos, a su vez impactados por los grandes cambios paradigmáticos que vivió la medicina a finales del siglo XIX.

La medicina colombiana en los albores del siglo

La medicina a principios del siglo XX se encontraba en medio de una transformación conceptual y técnica iniciada, en las dos últimas décadas del siglo XIX, con los descubrimientos hechos por Pasteur y Koch los cuales introdujeron a los médicos en los conceptos innovadores de la teoría microbiana. A estos cambios técnicos y conceptuales se sumaron los adelantos hechos por la medicina durante la Primera Guerra Mundial (10). Los médicos colombianos no fueron indiferentes a los nuevos hallazgos y, por el contrario, éstos fueron conocidos en nuestro país con relativa rapidez gracias a los fuertes vínculos que los galenos nacionales tenían con la academia francesa. La teoría microbiológica de la enfermedad fue asimilada prontamente, generando en los médicos

gran entusiasmo ante la capacidad de darle una explicación a la generación de las enfermedades, más acorde con los ideales de la ciencia positiva en boga.

A principios del siglo XX las formulaciones microbiológicas eran bien conocidas en Colombia y ya habían adquirido prestigio como una nueva forma, racional y operativa, de entender la enfermedad, capaz de brindar sólidas bases para la labor diagnóstica, terapéutica y preventiva.

Claro está que, pese a la fuerza de las nuevas ideas, era difícil desterrar las antiguas teorías que habían sido pilares fundamentales de la medicina durante años e incluso siglos. En nuestro medio, la teoría pasteuriana no reemplazó de golpe las antiguas doctrinas, a pesar de su rápida aceptación, sino que las fue desplazando de manera más bien sutil (11).

De hecho, en los artículos médicos de finales del siglo XIX y comienzos del XX era frecuente hallar fusiones del pensamiento miasmático con el bacteriológico, en asociaciones atmosféricas y meteorológicas que intentaban explicar la aparición de alguna epidemia. Así, pues, los científicos de la época tenían una serie de hipótesis basadas en estudios del clima y la localización geográfica de las poblaciones para explicar las razones por las cuales prevalecían algunas enfermedades más que otras en determinadas zonas. En general, en las tesis y los estudios de higiene de la época, los autores presentaron sus observaciones acerca del clima y la topografía como parte introductoria y establecieron consideraciones ambientales de franca afiliación miasmática (7).

Para el caso de Bogotá, los médicos estudiaron las fuentes de agua, la temperatura de la ciudad en las diferentes horas del día, su topografía y la forma en que llegaban los vientos, deduciendo que esta ciudad era altamente propensa a las enfermedades epidémicas de tipo respiratorio y gastrointestinal, que a su vez eran las causas más comunes de enfermedad en ella (12).

Es claro que, en el proceso de adopción de las ideas bacteriológicas, se precisó de un refinamiento técnico cada vez mayor y de una confianza creciente en las posibilidades que ofrecían las técnicas de laboratorio. Las polémicas y los desacuerdos, sin embargo, no fueron infrecuentes. De hecho, muchas de las grandes discrepancias entre los científicos de la época, frente al aislamiento o la identificación de un agente patológico, tuvieron su raíz en una desavenencia en los planteamientos técnicos utilizados.

Para 1918, era relativamente bien conocido el comportamiento de ciertos microorganismos asociados a las enfermedades más comunes en la población, y si bien la teoría bacteriológica ya estaba bastante asentada en el pensamiento médico, aún existían pequeños resquicios que suscitaban dudas y debates. El antiguo modo de pensar se iba convirtiendo en parte de la historia de la medicina y solo se recurría a él para explicar aquellos interrogantes que la teoría bacteriológica no podía develar, o para complementar los vacíos de ésta. Con todo, las disputas más relevantes estuvieron inscritas dentro del mismo paradigma bacteriológico, y se suscitaban en relación con la identificación de agentes patológicos específicos y la distinción consecuente de las enfermedades.

Los conceptos de enfermedad e inmunidad

A través de los años, la mayoría de los conocimientos médicos del hombre se desarrollaron con base en la observación de los rasgos visibles de las enfermedades y la interpretación meticulosa de las diferentes respuestas orgánicas que se presentaban. Esta manera de procurar el saber, en una combinación desequilibrada de observación e interpretación, conllevó la definición de entidades patológicas específicas las cuales, con el tiempo, fueron organizadas en esquemas nosotáxicos. El concepto mismo de enfermedad fue cambiado constantemente, como respuesta a las condiciones sociopolíticas y culturales propias de cada momento histórico de la sociedad.

Así, en un mundo antiguo, altamente jerárquico y ritual, la enfermedad se concibió como el resultado de la acción de fuerzas oscuras o del castigo de los dioses, desde nociones animistas, mágicas o teológicas; en el mundo griego, racional y politeísta, la enfermedad se concibió como el desequilibrio de los humores, desde los referentes de la medicina hipocrática; en un mundo teocrático y relativamente estático, la enfermedad se entendió como desorden moral y pecado desde los criterios ideológicos cristianos; y, en un mundo moderno, agitado y secular, la enfermedad se concibió como desequilibrio de los componentes materiales o energéticos del organismo fruto de la interacción de agentes externos, desde las pautas culturales propias del pensamiento moderno (10).

En comparación, la teoría de la inmunidad de desarrollo más tardío, ha estado asociada a la producción de vacunas, las que, si bien fueron concebidas en propiedad en pleno auge de la ciencia médica, reclaman para ellas una tradición mucho más antigua. De hecho, suele señalarse que el primer registro de una comprensión de inmunidad orgánica data de la antigua China, en relación con el azote de la viruela. Al parecer, los chinos lograron saber que quienes la padecían se volvían resistentes a ella y no enfermaban de nuevo, gracias a lo cual desarrollaron el método de variolización utilizado para proteger a las personas sanas y evitar que desarrollaran la enfermedad. Más adelante, durante la Edad Media, este procedimiento fue utilizado esporádicamente en Europa, sin que su uso se popularizara hasta 1798 cuando Jenner logró introducir la práctica de la inoculación del “virus” de viruela, que se presenta en las vacas, como un método de prevención de la enfermedad (13).

La medicina griega antigua también planteó que si un enfermo afectado por la plaga se recuperaba de la enfermedad, quedaba protegido contra nuevos ataques, y que en el caso de las enfermedades endémicas, o sea aquellas que prevalecían en una población, éstas eran mucho menos severas en los habitantes de dicho lugar que en las personas recién llegadas, puesto que nunca habían tenido contacto con la enfermedad.

Estas ideas siguieron utilizándose durante un buen tiempo, pero ya en la Edad Media se sumó una nueva concepción al bagaje teórico de la medicina, la cual consideraba que las enfermedades eran transmitidas por pequeñas semillas de materia viva. Con la aparición del microscopio y la popularización de su uso por Leewenhoek y Hooke en el siglo XVII, se hizo evidente la existencia de microorganismos y se iniciaron los estudios de investigación de estas formas de vida y su relación con el hombre y la naturaleza. El clímax de estas observaciones llegó en la segunda mitad del siglo

XIX con los trabajos de Pasteur y Koch, quienes aportaron los elementos para iniciar una nueva comprensión de la enfermedad y suscitaron un despliegue intenso de investigaciones de laboratorio entre los científicos y médicos de finales de siglo XIX. Rápidamente aparecieron los pilares de la teoría inmunológica y se descubrió el funcionamiento de las “defensas naturales” del cuerpo. Surgieron términos como antígeno, anticuerpo, inmunidad celular y humoral, y se inició toda una revolución en la investigación científica y la creación de nuevas vacunas (10,12).

Los planteamientos inmunológicos se popularizaron rápidamente en todo el mundo, como una forma de comprensión de las llamadas defensas de cuerpo, organizándose como una teoría bien estructurada que fue conocida desde entonces como “inmunidad natural”. Un ejemplo de esta nueva forma de pensamiento científico lo evidencia el doctor Turró, investigador francés de principios del siglo XX y autor de varios artículos publicados en la Revista Médica de Bogotá, quien señaló:

“La inmunidad natural (entendiendo por ella el conjunto de resistencias que el organismo opone a la infección, y no únicamente el estado refractario) es debida en último análisis al mecanismo en virtud del que se hacen solubles y por ende activos los plasmas que poseen actividades bacteriolíticas” (14).

El médico de principios de siglo XX comprendía los conceptos de la microbiología y la inmunología y éstos le propiciaron un nuevo acumulado de conocimientos acerca de las causas y tratamientos de las enfermedades. Para 1918 sin embargo, aún no se había establecido claramente la diferencia entre las enfermedades virales y bacterianas. En general, todas las enfermedades de carácter infeccioso eran consideradas bacterianas, y aunque el término “virus” era utilizado frecuentemente en la literatura, éste funcionaba con ambigüedad.

La gripa y las enfermedades respiratorias

A comienzos del siglo XX, las enfermedades eran clasificadas de manera diversa según sus rasgos semiológicos, su comportamiento clínico durante el tiempo y, con la irrupción de la bacteriología y la teoría microbiológica, según criterios etiopatológicos. En general, los síntomas de las enfermedades intentaban reunirse según el aparato que afectaban, lo que permitía una cierta división de las mismas. Se hablaba, por ejemplo, de las enfermedades del aparato respiratorio.

Ya en lo que atañe a la gripa, ésta fue concebida como una enfermedad de carácter epidémico y por tanto, infeccioso. Este era el acuerdo al que se había llegado a comienzos del siglo XX, después de múltiples discusiones acerca de su posible causa (15). La gripa también era considerada como el punto de inicio de otras enfermedades que, para entonces, se consideraban complicaciones de la misma. De tal manera, si una persona comenzaba un cuadro clínico respiratorio con manifestaciones leves que luego se intensificaba hasta comprometer seriamente su estado general, dando paso a que el médico pudiera diagnosticar una infección bacteriana del pulmón, este comportamiento era atribuido a un cuadro gripal que se había complicado hasta convertirse en una neumonía, una bronconeumonía o un derrame pleural, según el tipo de compromiso subsiguiente (16,17).

Las enfermedades respiratorias, ya fueran benignas como la gripa; o atemorizantes como la tuberculosis, eran enfermedades frecuentes entre los pobladores de la capital al iniciar el siglo XX, de modo que los médicos conocían bien estas patologías y tenían pautas específicas para su diagnóstico y tratamiento.

La descripción clínica de la gripa

Conocida como una entidad de origen benigno y de corta duración, los médicos asumieron la gripa como una afección pasajera, con un período de incubación entre uno y tres días pero con una duración de hasta 15, tiempo después del cual el paciente quedaba en un estado de convalecencia caracterizado por rinorrea, expectoración y algo de malestar general.

Aunque se reconoció el carácter proteiforme de la enfermedad, con variación de la sintomatología según las epidemias y el individuo, las descripciones establecieron tres formas principales de gripe: aquellas en que predominaban los fenómenos nerviosos, los fenómenos torácicos y los abdominales. El inicio se describió como de naturaleza brusca y se asumió que el individuo era atacado por dolores vagos, erráticos, acompañados de calofríos, inapetencia, náuseas y gran debilidad.

Siguiendo la descripción de Rivas Merizalde:

“Los síntomas catarrales se producen; hay sensación de cosquilleo y ardor en la garganta, frecuentes estornudos y violenta coriza; las narices, ligeramente infladas, dan salida a un líquido abundante casi límpido, que se va haciendo opaco, más espeso, mucoso y toma un color amarillo-verdoso y puede hacerse francamente purulento. La inflamación se va extendiendo: gana los senos frontales, de aquí la cefalalgia supra-orbitaria; por su extensión a los sacos lacrimales llega a la conjuntiva y determina su inflamación con lagrimeo y fotofobia...” (15).

Pero la gripe de 1918 adquirió una forma un poco diferente, más rápida en sus manifestaciones y mucho más grave en sus consecuencias. Al decir del doctor Laverde:

“El período de incubación es, por regla general corto; rara vez pasa de uno a tres días; en ocasiones puede ser de algunas horas solamente. Los síntomas prodrómicos faltan de ordinario; la invasión es en general súbita, con uno o varios calofríos, acompañados de una rápida elevación de temperatura, que puede llegar hasta 40.5°, intensa cefalalgia, dolores musculares, malestar general y gran postración. La fiebre del principio fluctúa mucho, como la mayor parte de los síntomas locales y generales, porque esta enfermedad es un verdadero Proteo. El malestar, la depresión de espíritu, el insomnio, más rara vez la somnolencia, y frecuentemente el delirio, son los fenómenos nerviosos predominantes” (17).

Pese a esta caracterización aparentemente nítida, para los médicos resultó difícil establecer de manera clara y unificada lo que debió ser el cuadro clínico característico de la enfermedad, debido a que ésta presentaba una sintomatología múltiple.

Tabla 1. *Complicaciones de la gripa según aparatos del cuerpo*

APARATO	COMPLICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Aparato Respiratorio	Neumonía	En general la muerte en los casos de afección pulmonar se presentaba por la acumulación de las secreciones bronquiales en las vías respiratoria que le generaba al paciente una falla ventilatoria. En pocas palabras, la mayoría de los pacientes afectados durante la epidemia morían ahogados en sus propias secreciones. En otros casos, los pacientes se sobreinfectaban con agentes bacterianos y morían resultado de la diseminación sistémica de la infección.
	Neumonía purulenta	
	Neumonía fibrinosa	
	Bronquitis capilares	
	Neumonía pseudolobar	
	Bronco neumonías	
	Pleuresía purulenta	
	Derrames pleurales	
	Gangrenas Pulmonares	
	Aparato Digestivo	
Gastroenteritis		
Apendicitis		
Afección de las vías biliares		
Peritonitis		
Sistema Nervioso	Cefalalgia	Consideradas en general secundarias a formas graves de la enfermedad. Ocasionadas por diseminación sistémica de la infección, localizándose posteriormente en el sistema nervioso. Nótese que algunas de estas formas de afectación podrían corresponder a síntomas propios de la enfermedad, estados secundarios a la infección generalizada, o el compromiso de un paciente previo a su fallecimiento.
	Seudomeningitis	
	Meningitis	
	Convulsiones	
	Raquiálgias	
	Neuritis periféricas	
	Alteraciones de la conciencia	
Aparato Circulatorio	Taquicardia	Consideradas también afectaciones graves. En los casos de isquemia, se suponía que era la causa de la muerte secundaria a la gripa.
	Alteraciones de la tensión arterial	
	Isquemia cardíaca	
Aparato Genito-Urinario	Orquitis	Algunos médicos señalaban que encontraban alteraciones de los niveles de albúmina en el examen de orina de los pacientes y uremia, con resultados fatales.
	Parto prematuro	
	Congestiones renales	

Según la descripción del doctor Enrique Castilla: el cuadro clínico iniciaba con escalofrío, seguido de fiebre, coriza, estornudos frecuentes, tos y dolorosa pero luego se acompañaba de expectoración, dolor móvil en la espalda, los miembros y el pecho, pulso rápido y orina pálida sedimentosa. La lengua se cubría de un moco blanquecino, además el paciente sufría de insomnio, vértigo, dolor de cabeza intenso predominante en la frente y en la base de la nariz, algunas veces también delirio ligero, zumbidos y dolores de oídos, sequedad de garganta, abscesos en la faringe, aumento de la sudoración especialmente al tercer o cuarto día; diarrea biliosa, erupción o eritema de la piel de diferentes formas acompañado de comezón y alteración de los rasgos fisonómicos. Observó además que la mucosa nasal y la laringe se tornaban rojas, la secreción nasal abundante y se presentaba sensación de ardor en la garganta (18).

En general, los médicos creyeron que el “germen” de la gripa podía diseminarse por todo el organismo y afectar diferentes sistemas causando los síntomas correspondientes, y aunque tuviese predilección por el sistema respiratorio, dado su mecanismo de transmisión, también podía manifestarse de formas completamente diferentes. Las descripciones de estos cuadros clínicos se hacían teniendo en cuenta el sistema afectado, siendo los más perjudicados, después del sistema respiratorio, el sistema digestivo y el sistema nervioso central (Tabla 1), aunque incluso se podían encontrar descripciones de alteraciones dermatológicas por la gripa.

Los síntomas más frecuentes en la epidemia de 1918 fueron aquellos que describían un resfriado común, pero con una intensidad mayor y un período de incubación más breve. Aun así, es importante señalar que esta epidemia se destacó por presentar un alto índice de complicaciones (casi siempre en pulmones), que fueron la causa de un número elevado de defunciones.

Las complicaciones clínicas de la gripa

Se consideró como complicación de la gripa cualquier tipo de sintomatología o enfermedad aguda concomitante que presentara un paciente griposo, ya fuera que los síntomas pareciesen o no tener relación con la enfermedad, puesto que los médicos creían que la enfermedad podía afectar casi cualquier parte del organismo. Pero dado que la transmisión de la enfermedad era por vía aérea, la mayor parte de las manifestaciones y complicaciones que presentaba eran de origen respiratorio.

Las complicaciones sufridas por los enfermos de gripa en la epidemia de 1918 en Bogotá fueron descritas por los facultativos de forma diversa, pues no existía ningún parámetro general para una clasificación estándar de las formas de presentación de la enfermedad. En realidad, la prevalencia de determinadas complicaciones en el cuadro clínico dependía del criterio del médico que evaluara la situación, por ejemplo: mientras un médico consideraba que en un paciente con síntomas respiratorios y cefalea, neuralgias y compromiso de estado de conciencia, correspondía a la forma nerviosa de presentación de la gripa, otro podía considerar que se trataba de una gripa de manifestación respiratoria con síntomas neurológicos intensos.

Con todo, los galenos siguieron unas reglas básicas de clasificación que tomaban los aparatos del cuerpo como referentes importantes. De esta manera las complicaciones gripales podían agruparse tal como se presenta en la tabla 1. En general, las complicaciones de la gripa se atribuían a infecciones sobreañadidas, dado el estado de postración en que quedaba el cuerpo del enfermo. La mayoría de casos de gripa con complicaciones graves se caracterizaron por una presentación tan aguda de la enfermedad que el paciente fallecía tras uno o dos días de haber iniciado el cuadro clínico, siendo atribuida la causa del deceso a lesiones miocárdicas y compromisos pulmonares de gran severidad, que se lograban identificar tras hacer las respectivas autopsias de las víctimas (8).

Durante la epidemia también se reportaron varios casos de muerte repentina, llamados por algunos médicos “formas fulminantes” y que fueron atribuidos casi siempre a las complicaciones de la enfermedad.

La terapéutica

No hubo un tratamiento específico para la gripa, de tal manera que se reconocía el carácter sintomático y expectante de la misma. Por esta razón, los tratamientos de primera línea empleados en el manejo de la enfermedad estaban encaminados hacia el control de los síntomas y eran recomendados por cada galeno dependiendo de su experiencia y los resultados previos obtenidos por ellos.

Hasta entonces, la gripa había sido una entidad de manejo expectante por lo benigna de su naturaleza, y los tratamientos empleados, tanto por los médicos como por la medicina popular, buscaban aliviar los síntomas si éstos eran muy severos y tratar las complicaciones que sobrevenían, más que curar en sí misma la enfermedad. Por ello, los tratamientos más utilizados fueron los antipiréticos, analgésicos y expectorantes, y en segunda instancia los medicamentos llamados tónicos (18).

La tos asociada a los casos de gripa era considerada perjudicial para el paciente por cuanto la fuerte intensidad del síntoma perturbaba su bienestar; por ello el médico recetaba medicamentos encaminados a disminuir las secreciones del tracto respiratorio y a aliviar la tos. Las recetas médicas eran preparadas por los propios facultativos o por boticarios, y consistían en preparaciones de hierbas naturales y productos químicos, algunos con efecto analgésico y otros con efecto descongestionante, con lo que se buscaba producir una sensación de bienestar en el paciente. Las recetas estaban dosificadas de modo específico para su preparación con medidas en gramos, gotas o mililitros de cada una de las sustancias que debían ser empleadas, y en algunas ocasiones eran publicadas en las revistas médicas y periódicos para fomentar su uso entre los mismos médicos y las personas del común.

Según el doctor Laverde, el tipo de tratamiento de los pacientes con gripa tuvo ciertas diferencias según la modalidad de presentación de la enfermedad, si bien hubo unas bases comunes de terapéutica. De tal manera, había un tratamiento especial si la enfermedad se presentaba en su forma benigna o en sus formas de mediana y gran gravedad. En su forma benigna, la intervención recomendada era, fundamentalmente, cuidados higiénicos, mientras que las indicaciones para las otras dos formas incluían sudoríficos, analgésicos, expectorantes y quinina (17).

Para el tratamiento de los pacientes con gripa muchos médicos prefirieron las preparaciones con analgésicos, como opioides y codeína, y sustancias mentoladas para producir en el paciente la sensación de despeje de la vía aérea. En la mayor parte de las recetas se utilizaba alcohol, el cual era un componente básico por sus efectos relajantes y vasodilatadores en el paciente; también se recomendaba con insistencia la hidratación abundante por vía oral, debido a que, según se consideraba, las afecciones respiratorias podían producir retención de líquido dentro del pulmón, expulsión de moco y aumento de la frecuencia respiratoria, lo que hacía que el paciente se deshidratara por el efecto de exhalar constantemente aire humedecido (16).

Aunque existían ciertas sustancias indicadas según el tipo de sintomatología del paciente, en muchos casos cuando no se obtenía una respuesta apropiada era necesario utilizar una batería adicional

de fórmulas médicas en espera de encontrar un esquema terapéutico al que respondiera el paciente. Los médicos mencionaban, de manera reiterativa, que parte integral del manejo del padecimiento eran unos adecuados hábitos higiénicos, por cuanto el desaseo era considerado promotor y, en algunos casos, causante de las enfermedades en especial cuando éstas eran de carácter contagioso. En el caso particular de las enfermedades gastrointestinales, una adecuada dieta y buenos hábitos higiénicos eran considerados como el tratamiento ideal.

Al leer los informes presentados por los médicos que trataron los pacientes griposos durante la epidemia, se hace evidente que cada uno de ellos trató los síntomas de la gripa según su propio criterio y según el tipo de medicamentos que estaba acostumbrado a emplear (19).

Entre los medicamentos referenciados cabe señalar la tintura digital, la esparteína, el tolú, la codeína, la cola, la quina, la coca, las sales de amonio, el benzoato de soda, la tintura de eucalipto, la ergotina y el elixir paregórico, entre otros. Para limpiar las vías digestivas los médicos utilizaban purgantes como el calomel y el ruibarbo, y otras sustancias como sulfato de soda, sulfato de magnesia, aceite de palmacristi y lavados intestinales. Para las enfermedades disentéricas (diarreicas) se utilizaban la hi pea, el láudano, las sales de bismuto y los llamados “desinfectantes intestinales” como el benzoaptol y el carbón. Contra las formas de afección gripal que los médicos creían se manifestaban como dolencias de las vías urinarias, eran utilizadas sustancias como la lactosa y la teobromina, las cuales se creía que mejoraban la función renal, y también se utilizaban sales de potasa, estigmas de maíz y lactosa y la urotropina. Los sedantes utilizados fueron bromuro de potasio, droseia, belladona, laurel y cerezo (9).

Uno de los tratamientos más utilizados en el Hospital de la Hortúa, uno de los más importantes de la ciudad, fue la inyección intramuscular de aceite alcanforado, o en caso de no disponer de este último se utilizaba “*Rodio Coloidal*” (lantol). Con estos medicamentos se lograba disminuir la ansiedad de los pacientes, controlar la disnea (dificultad respiratoria), disminuir la temperatura, mejorar el pulso y dar sensación de bienestar. Este método fue el más utilizado en dicho hospital, ya que según el doctor Esguerra, fue el esquema terapéutico que mejores resultados dio con el tratamiento de los pacientes (9).

Pese a que en este momento desconocemos el funcionamiento de la mayoría de tratamientos, es notorio resaltar su variedad, empleados por los médicos para enfrentarse a la gripa en 1918, así como los diferentes esquemas farmacológicos ensayados, algunos de los cuales no parecían tener ningún efecto en los pacientes. Los galenos emplearon expectorantes de toda clase, tónicos fabricados por boticarios y por los mismos médicos, quinina, sangrías, fármacos emetizantes, suero de caballo y, en general, todo cuanto sugirieron (20).

Muchos de los pacientes morían a pesar del esmero de los médicos y de los cuidados prodigados. En general, no parecía haber eficacia demostrable en los tratamientos empleados, y pese a que algunos afirmaron obtener resultados positivos con un método específico, no era común poder reproducir los mismos resultados en pacientes de similares características. Tal vez sea posible decir que, de modo común, los pacientes se curaban a pesar de los tratamientos médicos.

La discusión sobre la causa de la gripa

Como consecuencia de los descubrimientos bacteriológicos realizados a finales del siglo XIX y principios del XX, el mundo científico se vio invadido por una verdadera avalancha de estudios que intentaron identificar el agente etiológico de todas y cada una de las enfermedades que se conocían, entre ellas, la gripa. Para comienzos de siglo, un buen contingente de médicos creía que el agente causal de esta enfermedad era una bacteria conocida con el nombre de “Bacilo de Pfeiffer”, en honor a su descubridor Richard Pfeiffer, médico alemán que desde 1858 había realizado investigaciones sobre la gripa intentando establecer el agente causante de dicha enfermedad (17).

Al finalizar el siglo XIX, Pfeiffer hizo público el descubrimiento de una bacteria en forma de bacilo hallada en los cultivos de las secreciones de los pacientes afectados por gripa, a la que catalogó como el agente causal de la enfermedad. Dicha bacteria, sin embargo, resultó muy difícil de cultivar, no sólo porque necesitaba de un sinnúmero de condiciones especiales para su reproducción en el laboratorio, sino porque, en muchos casos, aunque se emplearan los medios indicados no se lograba aislar el bacilo de las muestras obtenidas de los pacientes griposos. Aunque esto causó cierta consternación entre los científicos, los defensores de la teoría del bacilo tenían su propia explicación para estos fenómenos. Así lo expresó el médico Víctor Manuel Rubio, en su tesis de grado sobre la epidemia de gripa, escrita años después:

“Fuera del organismo el B. de Pfeiffer presenta una débil vitalidad, lo que explica el sin número de fracasos de muchos investigadores al intentar cultivar el microbio contenido en las secreciones patológicas” (21).

La explicación de la debilidad del bacilo permitió mantener la idea de su vínculo causal con la enfermedad. A pesar de estos esfuerzos por mantener vigente esta teoría, muchos médicos dudaron de su veracidad, aunque no existía un consenso en cuanto a cual debía ser dicho agente. Esta discusión se mantuvo entre los médicos durante la epidemia de gripa de 1918. Algunos facultativos afirmaron que en los estudios realizados a pacientes diagnosticados clínicamente como griposos nunca se encontraba el bacilo, o sólo en escasas ocasiones (16); en tanto que otros galenos reportaron la presencia del bacilo en el 50% de los convalecientes de gripa (8) o señalaron que “en casi todos los numerosos exámenes hechos, corresponden exactamente al bacilo de Pfeiffer” (17).

Un fuerte argumento esgrimido a favor del bacilo de Pfeiffer fueron los resultados obtenidos por el prestigioso médico Federico Lleras Acosta quien afirmó encontrar el bacilo en las muestras por él analizadas. Esta posición fue ratificada por Laverde, uno de sus discípulos, quien afirmó haber efectuado sus análisis bacteriológicos en compañía del doctor Lleras (17).

Frente a este debate, otros médicos optaron por una solución mediadora refiriéndose simplemente al “bacilo de la gripa”, aunque no estuviera establecida cabalmente la identidad de este agente etiológico. La noción de “bacilo” estaba claramente instituida entre la comunidad científica, y hacía referencia a una bacteria de morfología específica, con forma delgada y alargada. Aún así, algunos

autores solían referirse al agente causal de la gripa mediante las palabras bacteria y parásito indistintamente, sin aventurarse a establecer su naturaleza y morfología definitivas (18).

Los virus también fueron culpados del origen de la enfermedad y sus complicaciones, aunque el concepto de virus aún no se había configurado de manera nítida. Los médicos tuvieron idea de que podían existir agentes patógenos diferentes a las bacterias pero de su misma naturaleza y de un tamaño tan pequeño que no eran identificadas por los microscopios, o simplemente identificaron a los virus con restos de bacterias o de sus toxinas. Este concepto poco preciso empezó a ser acuñado en las revistas médicas y en ocasiones los autores se referían al agente causal de la gripa como virus y como bacteria, de manera simultánea. Esta ambigüedad en el uso de los conceptos era un reflejo de la ambigüedad propia de los médicos, en un momento de transformación paradigmática.

La teoría bacteriana no obstante, no logró explicar a satisfacción la verdadera etiología de la gripa (como sí lo había hecho en otras enfermedades), ni mucho menos explicar la agresividad de la epidemia de 1918. Pese a estas limitaciones, los médicos formularon teorías al respecto, con el fin de lograr conocer y comprender la naturaleza de la epidemia. Los casos de complicaciones de gripa fueron atribuidos a asociaciones del bacilo de Pfeiffer con otros gérmenes infectantes del tracto respiratorio ya conocidos como el *Estaphylococcus*, el *Neumococco* y el *Streptococo*, los cuales solían ser aislados, junto con el bacilo de Pfeiffer, en los cultivos de muestras provenientes de pacientes con gripa o en las autopsias realizadas durante las epidemias. Con todo, estos microorganismos fueron catalogados como gérmenes causantes de las complicaciones de la gripa, mas no se consideraban responsables de la enfermedad (16).

Otro tópico de preocupación creciente entre los médicos durante la epidemia de 1918 fue la severidad que la caracterizó, pues fue mayor que en las anteriores epidemias. La explicación se buscó en un posible aumento de la virulencia del germen pero, para sustentar esta hipótesis, era necesario identificar claramente el agente etiológico de la enfermedad. Igualmente, los médicos creyeron que la influencia de factores externos y el estado de salud previo del paciente eran condicionantes que favorecían el desarrollo de las diferentes complicaciones pulmonares gripales, pues por causa de estos factores el paciente quedaba inmunológicamente susceptible a las toxinas del germen y esto facilitaba que causara mayores daños.

Algunos médicos, en medio de su incertidumbre, realizaron investigaciones con el fin de encontrar alguna explicación para los altos índices de morbilidad y mortalidad y, de ser posible, mejorar los tratamientos administrados a los enfermos y las medidas profilácticas. Según se menciona en los documentos, a la mayoría de los pacientes hospitalizados se les practicaron exámenes de orina para buscar albúmina y azúcar (glucosa) en orina, lo que permitía evidenciar algún daño a nivel renal, pero en pocos casos se encontraron alteraciones de este tipo. Otros médicos también realizaron autopsias para tratar de identificar el patrón de afección de la enfermedad. Entre estos se contaron los doctores Fajardo Vega y Martínez Santamaría, quienes encontraron en la mayoría de los casos afecciones del parénquima pulmonar (8).

Del mismo modo, se realizaron estudios bacteriológicos basados en la observación al microscopio de los esputos de pacientes hospitalizados y de tejidos obtenidos por medio de biopsias o autopsias de pacientes fallecidos durante el transcurso de la epidemia. Los estudios buscaron hallar el agente causal de la enfermedad y su aislamiento en el laboratorio además de cotejar el cuadro clínico de la enfermedad con otros cuadros clínicos producidos por los agentes sospechosos de ser responsables de la epidemia.

Los estudios realizados, especialmente en Europa, fueron difundidos de manera pronta entre la comunidad médica nacional gracias a las revistas médicas, las cuales contribuyeron a la divulgación de experimentos encaminados a comprobar el carácter infeccioso de la gripa, a establecer su mecanismo de transmisión y a probar la clínica de la enfermedad para documentar si se trataba de una epidemia de gripa o de otra enfermedad. Acorde con los preceptos del momento, los médicos nacionales comprendieron la epidemia desde las pautas formuladas por el paradigma bacteriológico y, pese a la aceptación que tenía el bacilo de Pfeiffer como agente causal de la gripa, vivieron el desconcierto general que los llevaba a ser cautos en sus conjeturas. Por tanto, la determinación del agente causal siguió siendo un asunto de investigación y de disputa.

Agradecimientos

El proyecto de investigación sobre la epidemia de gripa de 1918 en Bogotá se realizó entre marzo de 2005 y marzo de 2006 y fue financiado por la División de Investigaciones de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá (DIB). Adicionalmente, agradecemos a todas las personas que participaron, en el año 2007, del seminario del Centro de Historia de la Medicina dirigido por los profesores Emilio Quevedo y Mario Hernández, quienes conocieron y discutieron, en su momento, el informe final de investigación.

**Juan Carlos Eslava Castañeda¹,
Marcela García Sierra²,
Andrea Paola Guevara³.**

1. Médico, Magíster en Sociología. Profesor asistente del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
2. Antropóloga y candidata a magíster en Museología y Gestión del Patrimonio de la Universidad Nacional de Colombia.
3. Médica egresada de la Universidad Nacional de Colombia.

Correspondencia: solracnauj2@yahoo.com.

Referencias

1. **Martínez A,F, Manrique FG, Meléndez BF.** La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá. *Dynamis.* 2007; 27: 287-307.
2. **Durán MF.** La gripe española en Bogotá. Epidemia de 1918. Bogotá, Alcaldía Mayor, 2006.
3. **Daza LT, Martínez AF.** Impacto Social de la Pandemia de gripa de 1918-1919 en Bogotá. *Revista Salud, Historia y Sanidad.* 2007; 2: 32-48.
4. **Ospina JM, Martínez AF, Herrán OF.** Impacto de la pandemia de gripa de 1918-1919 sobre el perfil de mortalidad general en Boyacá, Colombia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos.* 2009; 16: 53-81.
5. **Noguera CE.** Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia. Medellín: Editorial Universidad EAFIT; 2003.
6. **Puyo Vasco F, Villegas B, Zambrano F.** Historia de Bogotá. Bogotá: Salvat-Villegas Editores; 1988. Vol. 2.
7. **Quevedo E, Borda C, Eslava JC, García CM, Guzmán MP, Mejía P, et al.** Café y Gusanos, Mosquitos y Café. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953. Bogotá: ISP, Universidad Nacional de Colombia; 2004.
8. **García Medina P.** La epidemia de Gripe. *Revista Médica de Bogotá.* 1918; 436 y 437: 469-476.
9. **Carvajal E.** Epidemia de gripe de Octubre y Noviembre. Exposición de la Junta de Socorros de Bogotá. Bogotá: Arboleda y Valencia Editores; 1918.
10. **Porter R.** The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity. New York: WW. Norton & Company; 1999.
11. **Eslava JC.** Los albores de una tradición pasteriana en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina UN.* 2001; 49: 240-243.
12. **Gutiérrez C.** Apuntes sobre algunos problemas sanitarios de Bogotá. Tesis para optar para el doctorado en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Naturales y Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Editorial de Cromos. 1924.
13. **Oldstone M.** Virus, pestes e historia. México: Fondo de Cultura Económica. 2002.
14. **Turró R.** Concepto empírico de las Resistencias Orgánicas. *Revista Médica de Bogotá.* 1905; 297: 207-219.
15. **Rivas Merizalde LM.** Gripe o Influenza. Tesis para optar para el doctorado en Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina. Bogotá: Imprenta Nacional; 1897.
16. **Amaya CA.** Complicaciones quirúrgicas de la gripe. Tesis para optar para el doctorado en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Naturales y Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Imprenta del Comercio. 1919.
17. **Laverde J.** Contribución al estudio de la epidemia de gripe en Bogotá, en 1918. Tesis para optar para el doctorado en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Naturales y Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Tipografía Artística. 1918.
18. **Castilla E.** Historia de la Gripe en Colombia. Tesis de la facultad de Ciencias Naturales y Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Tipografía Ideal. 1922.
19. **Gobernación de Cundinamarca.** La Gripe en Cundinamarca. Disposiciones tomadas por la Gobernación para combatir esta epidemia e informes de las comisiones médicas. Bogotá: Imprenta del Departamento. 1919.
20. **Gómez G.** Informe de los trabajos médicos realizados en el Hospital de Egipto. *Revista Médica de Bogotá.* 1918; 111: 129-138.
21. **Rubio VM.** Sobre una epidemia de gripa en el corregimiento de Nazaret (municipio de Bogotá) en el año de 1932. Tesis para optar para el doctorado en Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina. Bogotá: Material Inédito. 1932.