

# **LA SANIDAD MILITAR DURANTE LA GUERRA DE LA TRIPLE ALIANZA. DE POSICIONES, TRINCHERAS Y EPIDEMIAS: LA MUERTE SIN GLORIA (1864/1870)**

**AUTORA:** Baruja, Paula Andrea

## **RESUMEN:**

Cuando los países libres y liberales de Sudamérica posaron los ojos sobre Paraguay, aquel país casi ajeno a la historia común latinoamericana, con una endogamia política y económica que la mantenían en otro ritmo a la realidad de sus vecinos, la guerra fue la única solución para terminar con aquella excepción y comenzar (sean cuales fueren los costos) la nueva configuración de los estados intervinientes. Como en una aventura romántica para las clases más altas de la sociedad porteña, su flor y nata marchaba al frente haciendo alarde de sus vistosos uniformes; la soldadesca, acarreada por diferentes causas, iba alineándose tras una promesa de ser los verdugos de un dictador implacable. Así la marcha a territorios desconocidos, donde ambos, sin distinción alguna, conocerían las glorias y miserias de la guerra, el hambre y el cólera.

## **PALABRAS CLAVE:**

Libres - realidad de vecinos - estados intervinientes - trincheras - epidemias muerte.

## **DESARROLLO**

*“...Rodeados de aguas infestadas, la mayor parte de ellos pisando un terreno que vertía humedad, circundados por un sin número de animales que se morían por falta de pasto, grandes montones de osamentas de las carneadas, más tarde, después de las primeras batallas, ese mismo estaba sembrado de más de 30.000 cadáveres, una gran parte de ellos insepultos en aquellos puntos que habían sido considerados campo neutral”. Dr. Lucilo Del Castillo <sup>1</sup>*

### **La campaña de Humaitá: Espera y guerra de posiciones**

---

<sup>1</sup> **Lucilo del Castillo** (Paraná, Entre Ríos, Argentina, 30 de agosto de 1838 - Buenos Aires, Argentina, 1914) fue un médico argentino que participó en la guerra del Paraguay; además, realizó numerosas operaciones que fueron difundidas en publicaciones especializadas. Fue el cirujano que salvó la vida de Cándido López mediante la exitosa amputación de su mano, entre otras intervenciones innovadoras para sus contemporáneos.

Tras la victoria aliada en la batalla de Yatay y finalizado el sitio a Uruguayana, las tropas paraguayas abandonan el avance y repliegan sobre las serie de fortificaciones emplazadas con la finalidad de impedir el ingreso a la ciudad de Asunción (capital paraguaya). Este tipo de combate sobre defensa y ofensivas de las fortificaciones situadas a orillas de la confluencia de los ríos Paraguay y Paraná, fue una novedad estratégica; hasta ese momento tanto en Europa como en América las guerras se caracterizaban por rápidos movimientos en extensos teatros de operaciones.

En ese momento de la contienda, el terreno sobre el que se desarrollaron en un largo de 20 kilómetros, donde el completo de los cuatro ejércitos se empeñaron con la totalidad de sus hombres, el ejército paraguayo replegado lo hizo con más de 5000 enfermos por disentería, los hospitales de sangre instalados en Humaitá se convirtieron prontamente en lazaretos repletos de diferentes tipos de enfermos, sin clasificación ni posibilidad de tratamientos, contribuyendo a empeorar las ya pésimas condiciones agravadas por la fatiga y el hambre.

En marzo de 1866, las tropas aliadas situadas sobre el Paraná tenían frente a ellos la fortaleza de Itapúa, esta antigua fortaleza, que a estas alturas del desarrollo de la guerra estaba prácticamente destruída, y era la primera de las cuatro fortificaciones que conformaban en 60 kilómetros la defensa de Asunción. Sin embargo, el desafío para las tropas aliadas no estaba puesto en la capacidad defensiva de estas estructuras solamente, sino en lo inclemente y misterioso del terreno que las rodeaba, el cual era desconocido por los invasores ya que los años del cierre fronterizo llevado a cabo por los gobiernos paraguayos, lo convirtieron en un enigma. Esta debilidad presentada por los aliados, a su vez era la fortaleza táctica de los paraguayos.

Hasta comienzos de abril de 1866, las tropas aliadas se mantuvieron en territorio argentino, a escasa distancia de sus enemigos, quienes aprovechando el exhaustivo conocimiento que tenían del terreno, aplicaron un hostigamiento similar a la guerra de guerrillas que ocasionó importantes bajas tanto de hombres como de animales y se daba tanto contra las tropas terrestres como la fluvial, que se encontraba también en la espera de órdenes para su despliegue y acción. Durante tres meses en un escaso territorio convivieron miles de soldados de uno y otro bando.

Habiéndose operativizado la invasión a Paraguay, la situación de los aliados se complicó por el suministro de víveres para las tropas; la población local se negaba a contribuir con los invasores, por tal motivo la principal fuente de comida de las tropas argentinas (el ganado vacuno en pie) era traído de Corrientes para ser faenado en los campamentos, lo que provocó serias dificultades para el racionamiento, además se sumó la mortandad de reses y cabalgaduras debido a las pasturas indebidas. Esto pronto generó no solo hambruna, sino gran cantidad de cadáveres de animales que sin el tratamiento debido contribuyeron a la aparición de las enfermedades que diezmaron a ambos ejércitos.

### **De posiciones, trincheras y epidemias: la muerte sin gloria (1866/1868)**

La larga espera del ejército aliado en una lonja de terreno no mayor a veinte kilómetros, hacen que el hacinamiento, la mala alimentación, el no tratamiento adecuado de los cadáveres y las consecuencias fisiológicas habituales del ser humano;

sumado al calor y las características húmedas del terreno, propiciaran la aparición de epidemias que ocasionaron más bajas que las batallas.

Esta espera culmina con la decisión ofensiva aliada, produciéndose primero la batalla de Tuyutí, donde el ejército paraguayo pierde la totalidad de sus soldados experimentados con un total de 6000 bajas, las cuales suman ese elevado número debido a la negativa de los paraguayos de replegar, aun cuando promediando el combate, la superioridad aliada era evidente e implacable. Meses más tarde, en el mismo lugar tendrían lugar otros combates, como parte del desarrollo particular de este tramo de la guerra, donde el avance decisivo parecía imposible.

Redundando sobre un cerco limitado, casi sin movimiento alguno, los servicios de sanidad de las partes beligerantes se encontraron con realidades impensadas y no previstas. Las experiencias adquiridas en Europa a través de las guerras de la Independencia italiana, Crimea y la Guerra de Secesión norteamericana, eran aún desconocidas en estas latitudes por los miembros de las ciencias de la salud. Y, los servicios de apoyo quedaron soslayados y circunscriptos al heroísmo personal, que logró equiparar a las deficiencias de planificación y gestión.

La Sanidad Militar de los ejércitos aliados, como factor común, fue creada especialmente para esta guerra, no existía anteriormente y era producto de estados en formación donde tampoco la estructura de salud existía de manera funcional y orgánica. Con celeridad se elaboraron decretos para su formación, con cláusulas que eran solo escuetas directivas basadas en impresiones y experiencias personales, pero sin vestigio doctrinario para ser ejecutado en las operaciones bélicas. La totalidad de los servicios médicos militares estaban en funcionamiento de manera plena, recién para los primeros días de 1866.

### **Sanidad Militar Argentina**

El presidente Mitre, el 10 de mayo de 1865, crea por decreto, el servicio de sanidad militar. Este aspecto es uno de los que más ocupan al presidente, consciente de que incorporar a médicos (escasos en esa época) de las principales ciudades y que a sí mismo tengan experiencia militar comprobable en las contiendas recientes ocurridas en Europa o en Norteamérica se tornaba prácticamente imposible.<sup>2</sup>

Para subsanar esta dramática situación, el gobierno decretó que los alumnos de tercer al sexto año de la carrera de medicina de las universidades fueran incorporados al ejército y en el caso de negativa la sanción sería ser expulsados de los claustros, aunque la mayor cantidad de estos alumnos se presentaron voluntariamente, especialmente

---

<sup>2</sup> *“Los médicos patentados, los farmacéuticos y todo lo que se relaciona con el arte de curar, se negaron a prestar sus servicios, siendo necesario echar mano de un personal desconocido y ajeno a la Facultad de Ciencias Medicas [...] Podríamos citar nombres propios de médicos distinguidos que prefirieron abandonar sus puestos públicos antes de prestar servicios patrióticos a la vez que humanitarios, a los servidores en defensa del honor nacional” Dr. Golfarini, sobre el enrolamiento de médicos militares para la contienda.*

aquellos de recién comienzo (Eleodoro Daminanovich<sup>3</sup> era en ese momento, alumno de segundo año y voluntario para prestar sus servicios en el frente).

Se crearon para tal fin hospitales fijos en las ciudades de Concordia, Bella Vista, Corrientes y Asunción, aunque éstos se transformaban en hospitales de campaña (de sangre) en respuesta a los desplazamientos que realizaban las tropas. La capacidad operativa se vió rápidamente limitada ante la imposibilidad de líneas de evacuación con medios eficientes y un manejo inapropiado de los óbitos (tanto en la identificación como en el tratamiento de los cuerpos).

De esta manera, pocos eran los médicos matriculados con experticia que prestaban sus servicios en el transcurso de la contienda, en muchos casos uno solo para toda una unidad de combate. Los conocimientos sobre heridas de guerra, técnicas quirúrgicas y patologías relacionadas a la convivencia en condiciones desfavorables, eran escasos y llegaban a Buenos Aires por correo, a través de ensayos y apuntes que luego eran remitidos al frente.

Luego de la batalla de Yatay, se determina la necesidad de implementar cadenas de evacuación eficientes que permitieran de manera rápida y apropiada brindar el tratamiento definitivo a la bajas. Por tal motivo se establece la línea de evacuación fluvial, a través del río Paraná, el vapor “Pavón” remitía los heridos a Buenos Aires y Rosario; y volvía al frente cargada de insumos sanitarios que eran provistos por la Comisión de Sanidad<sup>4</sup>

Los hospitales fijos eran instalados en inmuebles que no habían sido construídos para tal fin, muchas veces en casas amplias con o sin la gracia de sus dueños, el alojamiento de los heridos era precario, no se los clasificaba de manera alguna, las camas eran lechos improvisados o simplemente el piso cuando el número desbordaba la capacidad. Los quirófanos eran las salas más grandes y se adjuntaban a la internación.

Los hospitales de campaña, simplemente eran carpas emplazadas cercanas al campo de combate, los heridos llegaban allí en vehículos hipomóviles, inspirados en las ambulancias usadas durante la Guerra de Secesión, que por su inoperatividad en el terreno particular, rápidamente fueron reemplazados por carretas comunes.

Las intervenciones que por lógica temporal se podían ejecutar, estaban relacionadas a amputaciones, reducciones y suturas. Todas realizadas en un ambiente donde la antisepsia no existía no por desidia, sino por absoluto desconocimiento de <sup>5</sup> los

---

<sup>3</sup> Eleodoro Damianovich fue un médico argentino del siglo XIX que desempeñó un importante papel en la sanidad militar argentina. Participó como cirujano de la Guerra del Paraguay y acompañó al General Roca en su expedición a la Patagonia argentina asistiendo a enfermos y heridos. Tuvo destacada participación en la epidemia de fiebre amarilla que asoló Buenos Aires en 1871. Fue el organizador de la estructura de la Sanidad del ejército argentino durante el período de profesionalización del mismo.

<sup>4</sup> El 9 de agosto de 1865 se creó en Buenos Aires la Comisión Sanitaria encabezada por Juan José Montes de Oca (1806-1876). Limitada en sus atribuciones por el gobierno, prestó servicios proveyendo material y voluntarios al hospital de la ciudad de Corrientes. Se creó también una Comisión Inspectorada presidida por Carlos Durand y Leopoldo Montes de Oca.

<sup>5</sup> En el año 1882 el Dr. Koch descubre el bacilo que produce la tuberculosis dando inicio a la etapa bacteriológica de la medicina, en 1865 el Dr. Pasteur desarrolla la teoría germinal de las enfermedades infecciosas y en 1871 establece el uso sistemático de ácido carbólico para la esterilización de los instrumentos quirúrgicos.

resultados de las últimas investigaciones efectuadas en Europa como resultado de las experiencias médicas que arrojaron la Guerra de Crimea y las epidemias en las grandes capitales de Europa.

Por este motivo, las complicaciones postquirúrgicas relacionadas a los microorganismos colonizados tanto en el paciente, como en el objeto utilizado para la intervención, el ambiente donde se alojaba el herido y su estado general, eran principalmente infecciones graves, como la gangrena que rápidamente cobraba la vida de los individuos y se diseminaba velozmente y sin posibilidad de antagonista.

A esta situación general, se sumaba la ausencia de personal idóneo de enfermería que cuidara de los heridos, este rol lo ejecutaban personas circunstanciales sin preparación alguna ni conocimiento científico sobre el cuidado requerido por éstos. De esta manera, los lazaretos (internaciones generales) eran conglomerados de heridos, donde la piedad y la redención eran la única medicina posible.<sup>67</sup>

### **Sanidad militar brasileña**

El desempeño de la medicina quirúrgica en Brasil, había alcanzado un desarrollo notorio para 1865, de mayor evolución que sus vecinos intervinientes en el conflicto. Sin embargo en instancias concretas del desarrollo del conflicto tuvieron que enfrentarse a las mismas dificultades de incorporación, debiendo recurrir a estudiantes, como su aliado argentino.

A medida que el tiempo transcurría el servicio de sanidad brasileño se deterioró al punto de volverse deplorable.

La gran cantidad de epidemias y brotes de enfermedades endémicas recrudecidas ante las más que desfavorables características del teatro de operaciones hicieron que el manejo tanto de bajas por heridas, como por enfermedades y decesos se volviera particularmente desidioso.

Mayormente los hospitales de campaña brasileños eran flotantes y los deshechos de las intervenciones quirúrgicas (partes humanas, fluidos, etc.) como los cadáveres que eran arrojados al torrente de agua que rodeaba la totalidad de las operaciones y a los efectivos involucrados en éstas, se transformaran en una sentencia de enfermedad, padecimiento y muerte, no solo para los soldados in facto, sino para las ciudades que los alojaban para darles el tratamiento definitivo.

El factor diferencial de la sanidad militar brasileña, fue que ésta sí contaba con un cuerpo de enfermeras pertenecientes a la Hermandad de San Vicente de Pauls. El personaje que la historia patriarcal ha destacado por las cualidades “apropiadas” fue el de la Sra. Anna Nery, quien fuera incorporada al 10º Batallón de Salvador de Bahía,

---

<sup>6</sup> “La asistencia médico-quirúrgica se resintió durante toda aquella campaña no solo por lo reducido del personal habilitado, sino también por la falta de un cuerpo de enfermeros idóneos o, por lo menos adiestrados en esta clase de trabajos”. Dr. Golfarini

<sup>7</sup> Juan Ángel Golfarini fue un médico de origen uruguayo que sirvió en el cuerpo de sanidad militar en el Ejército Argentino especialmente durante la Guerra de la Triple Alianza, alcanzó el grado de general en las fuerzas de su país natal y del adoptivo y fue candidato presidencial por el Partido Blanco (Uruguay).

autorizada por el gobernador para acompañar al frente a sus tres hijos y su hermano. Prestó servicios en los hospitales de Salto, Humaitá y Asunción de manera ininterrumpida.

Aunque las tropas contaban en los fogones las hazañas de Florisbela, quien no solo luchaba en primera línea sin temor al combate cercano y directo, sino evacuaba en sus espaldas a los heridos a la retaguardia y una vez terminada la contienda, los recuperaba del campo y los asistía, Florisbela sufrió la injusticia de no tener más identidad que la que sus camaradas le otorgaban, por ser una prostituta antes de que estallara la guerra y vaya a saber cuáles fueron los motivos que la llevaron a seguir a las tropas hasta el Paraguay.

La sanidad militar brasileña, con un doble comando terrestre y naval, tuvo una segunda característica, y fue su falta de colaboración con sus pares aliados y lo impiadoso del tratamiento para con los enemigos, *«Sistemáticamente se negaron atender otros heridos que no fueran sus propios compatriotas, lo cual motivó una fuerte protesta por parte del Dr. Biedma»*.<sup>8</sup>

### **Sanidad Militar uruguaya**

La situación uruguaya era la más grave de todas, la creación del llamado Cuerpo Médico Militar, fue una intencionalidad que no se llegó a concretar de manera autónoma e independiente. Enfrentar las carencias de recurso humano y material para el fin sanitario era doblemente dificultoso para los uruguayos por las características propias, especialmente su notoria inferioridad en densidad poblacional.

Sin embargo, aportaron médicos cirujanos de relevancia que actuaron de manera ensamblada especialmente con la sanidad militar argentina y en los puestos sanitarios fijos y de campaña que éstos instalaron a demanda del desarrollo de las campañas. Los reportes realizados por éstos denotan una esmerada dedicación a la labor y compromiso humanitario, haciendo que su inferioridad logística no fuera excusa para el cumplimiento del deber.

*“Los enfermos por otra parte son bastante descuidados, y es inútil que se les prive el alimento; pues ellos en el más mínimo descuido comen cuanto encuentran, de aquí se agravan las enfermedades, y vienen las recaídas en los que están mejor, como ha sucedido estos días con varios enfermos, de los cuales han muerto dos, y otros se hallan graves, por lo que si hasta hoy no hemos tenido que lamentar casi pérdidas por enfermedades en nuestro Ejército, hoy tendremos que lamentarlas porque las enfermedades que hoy reinan en el Ejército son de bastante gravedad, y necesitan una prolija y esmerada asistencia”*.

*Y en cuanto al rudimentario hospital:*

*“El local que tenemos no es nada aparente para los virulentos, por estar éstos casi a la intemperie, pero el que firma se ocupa hoy de buscar otro local para los enfermos referidos, y al efecto se ha fijado [en] dos ranchos que hay sobre la costa del Paraná, si estos están desocupados podrán servir arreglándolos con algunos cueros.*

---

<sup>8</sup> Manuel María Biedma fue un médico argentino del siglo XIX con destacada participación en la Guerra de la Triple Alianza. En 1851 es incorporado al ejército con el grado de capitán, veterano de la batalla de Caseros, durante el conflicto era uno de los médicos matriculados con mayor experiencia profesional y de combate.

*Después de lo expuesto, el infrascripto cree que S.E. debía de hacer proveer a este hospital de un cirujano más, pues el número de enfermos que hoy se asisten por el que firma ascienden a ciento y tantos, y entre ellos muchos de gravedad; así que me es imposible atenderlos como corresponde; a más debiera ser provisto de dos personas capaces, la una para hacerse cargo de la repartición de las dietas, y la otra para atender a la administración de los medicamentos” Cir. My Locueva Chucarro.*

En esta carta, que el Cirujano Mayo Locueva, eleva al presidente Venancio Flores desde Itapirú, es una evidencia de la elevada conciencia que poseía y lo imperativo de sus reclamos, respondiendo a la lógica sensación de impotencia, provocada por el aumento de números de bajas no relacionadas al combate y la escasez cada vez más notoria de recursos humanos y materiales para hacer frente a la demanda.

### **Sanidad militar paraguaya**

La sanidad militar paraguaya, fue íntegramente organizada por médicos ingleses veteranos de la guerra de Crimea, esta particularidad le otorgó al servicio rasgos de modernidad que contrastaron con la de sus oponentes. Desde 1855, Solano López comienza a ocuparse por modernizar el sistema sanitario paraguayo, y comienza a contratar a través de su representante diplomático en Inglaterra médicos y boticarios especialmente de la escuela de Edimburgo (considerada en ese entonces la más vanguardista)

Los médicos que arriban a Paraguay, en su mayoría han prestado servicio en eventos bélicos como miembros de los cuerpos de sanidad, trayendo consigo experiencias y conocimientos de las líneas más innovadoras en la medicina Europea. Es así que arriban a territorio paraguayo, los médicos Stewart (organizador de la sanidad militar, veterano de Crimea), Burton, Fox, Rhynd, entre otros tantos.

El cuerpo médico militar se había conformado en 1845, como parte de las Guardias Nacionales. Poseía su reglamentación, honorarios y ascensos reglamentados. Estos galenos criollos, atendían tanto a civiles como a militares, por ser un recurso escaso, hasta la llegada de los ingleses, quienes fueron incorporados a la formación de los cirujanos en el Hospital de Asunción; este hecho aumentó notablemente la matriculación de cirujanos y se establecen las bases de la educación orgánica de la medicina en Latinoamérica.

Contaban con enfermeras que eran parte efectiva del ejército, las cuales antes de la guerra se desempeñaban en el hospital militar de Cerro León y fueron trasladadas a los diferentes hospitales fijos y de campaña durante el conflicto. Así mismo, las mujeres de clase media y alta, organizaron la administración y cuidado de los enfermos, instruidas en las medidas higiénico-dietéticas y principios que la Srta. Florence Nightingale estableciera en el Hospital de Scutari durante la guerra de Crimea.

### **El cólera**

Todo evento bélico, sea cualquiera el tiempo en el que se desarrolle, lleva consigo colateralidades propias de la situación extrema que la guerra en sí misma genera. Estas situaciones extremas están dadas por múltiples factores que pueden agravarse aún más según las condiciones del ambiente operacional.

Durante la invasión a Paraguay, la totalidad de las acciones se desarrollaron en un ambiente pantanoso, húmedo, caluroso y como agravante se produce una situación paralizada de combates, circunscriptos a la defensiva de posiciones por parte de los paraguayos y a las ofensivas en busca de la batalla decisiva por parte de los aliados.

Mientras se organizaba la Invasión, las tropas aliadas (mayormente argentinas) habían instalado sus vivac en Paso de la Patria, permanecieron allí varios meses y los suficientes como para comenzar a padecer las consecuencias orgánicas de las convivencias estancas: las epidemias. A lo largo de la guerra fueron observándose brotes de enfermedades endémicas<sup>9</sup> de la zona tales como paludismo<sup>10</sup> y otras consecuencias de las condiciones poco higiénicas del ambiente, alimentos y agua: la disentería<sup>11</sup>

Estando empeñados en este lugar, llega la noticia de que un barco brasileño de traslado de tropas, proveniente de Río de Janeiro, traía consigo a su capitán enfermo de cólera morbus<sup>12</sup>; el capitán fallece llegando a Goya y sin embargo el barco no se detiene por cuarentena y realiza normalmente sus actividades de intercambio de pertrechos y personal en Corrientes. Se registran en los días siguientes los primeros casos, la velocidad con la que se expande no hace diferencia alguna entre los soldados.

Del hospital a los campamentos de Tuyuti, Paso de Patria y Cerrito, el cólera se disemina impiadoso y voraz, la mortandad se eleva y las condiciones de alojamiento de los enfermos empeora debido al incremento numérico. Prácticamente sin atención son colocados en las salas de las casas que ofician de hospitales, sin mayor deferencia, sobre sus heces muchos mueren sin posibilidad de atención.

A partir de ese momento, y ante el inminente movimiento de las tropas a territorio enemigo, se toman medidas higiénico-dietéticas estrictas para evitar el contagio, las cuales son prolijamente redactadas para su cumplimiento y tienden a mejorar el aseo personal de los soldados, su alimentación adecuada y un mayor control sobre sus ingestas de aguas y alimentos sólidos.

---

<sup>9</sup> Las enfermedades endémicas son aquellas enfermedades infecciosas que afectan de forma permanente, o en determinados períodos a una región. Se entiende por endémica una enfermedad que persiste durante un tiempo determinado en un lugar concreto y que afecta o puede afectar a un número importante de personas.

<sup>10</sup> El paludismo es causado por parásitos del género *Plasmodium* que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género *Anopheles*, los llamados vectores del paludismo. Hay cinco especies de parásitos causantes del paludismo en el ser humano, si bien dos de ellas - *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* - son las más peligrosas.

<sup>11</sup> La disentería es generalmente ocasionada por la bacteria *Shigella* (shigelosis) o por una ameba. Suele contagiarse mediante el agua o los alimentos contaminados. Un síntoma clave es la diarrea sanguinolenta. También puede haber dolor abdominal, cólicos, fiebre y malestar general.

<sup>12</sup> El cólera es una enfermedad infecto-contagiosa intestinal aguda, provocada por los serotipos O1 y O139 de la bacteria *Vibrio cholerae*, que produce una diarrea secretoria caracterizada por deposiciones semejantes al agua de arroz, con un marcado olor a pescado, una elevada cantidad de sodio, bicarbonato y potasio, generando un desequilibrio hidroelectrolítico grave a nivel sistémico. Se contagia a través de aguas contaminadas por el vibrión que se aloja en las heces de los enfermos.



Esta fue la primera presentación de la epidemia, que rebrotaría en 1867 recrudecida, en los campamentos de Curuzú, Itapirú, y especialmente en los días previos a la batalla de Tuyutí, la epidemia se mantendría hasta los primeros días de octubre del mismo año.

*...La violencia y rapidez con que se empezó a propagar el cólera, la aparición brusca de los síntomas de la enfermedad, sin ser precedidos de pródromos en su mayor parte, pues la escena se abría por los desórdenes de las vías digestivas, los vómitos y la diarrea unidas desde el principio a la algidez, carácter principal de la enfermedad cuando es epidémica...”Escribía en su reporte el Dr Del Castillo desde Tuyú Cué*

Hacia la época en que se desató el cólera en el ejército aliado, poco se conocía de la enfermedad. Se sabía que la aparición de enfermedades contagiosas estaba asociada a menudo con condiciones de vida insalubres, y, desde el tiempo de Hipócrates se había transmitido la creencia de que el ambiente físico decidía la salud de una comunidad. En el caso puntual del cólera se conocía bien su evolución natural.

La enfermedad se iniciaba con unas pocas víctimas, generalmente viajeros que al ponerse en contacto con las comunidades extendía la enfermedad entre éstas, alcanzaba su apogeo en unas pocas semanas matando a la mitad de las personas que atacaba y luego declinaba hasta unos casos esporádicos hasta desaparecer tan misteriosamente como había venido por un plazo de tiempo que no podía predecirse.

John Snow, en 1854 determinó claramente la relación entre la aparición de la enfermedad y la ingesta de agua contaminada con desechos cloacales, sin embargo, estas observaciones no fueron tomadas en cuenta ni aún en el continente europeo hasta 25 años después, luego de que fuera aislado el vibrión colérico por Koch en 1883

El 24 de octubre, el presidente Mitre declara la finalización de la epidemia colérica, y escribe animoso al vicepresidente Marcos Paz:

*“En esta gran batalla de la vida, me es grato anunciarle otro triunfo más grande y más consolador: el cólera ha desaparecido casi completamente. Ayer cumplió desde el día de su aparición en el Ejército Argentino, y ayer solo hubo una defunción de los primeros casos y solo cuatro casos nuevos sin gravedad. El honor de esta victoria comprende sobre todo a Dios, y después, a nuestro benemérito Cuerpo Médico que ha trabajado con la mayor abnegación, a lo que debe agregarse el cuidado verdaderamente paternal de los jefes y oficiales de cuerpo que han atendido a los enfermos en todos los momentos, velando por la higiene del Ejército y, confortando siempre a los sanos y a los enfermos”*

Recibida esta noticia, se decide declarar la cuarentena en Buenos Aires, lo cual implicaba dejar de recibir los heridos y enfermos evacuados desde el frente de batalla. Mitre consideró extrema la medida, además de desalentadora para los soldados y rechaza la decisión. Unos meses más tarde el cólera diezma la ciudad de Rosario y un año más tarde el vicepresidente Paz, muere en Buenos Aires, víctima de la enfermedad, que se propagaría por toda la ciudad de la misma manera implacable, como lo hizo en la Guerra.

Si bien el número de bajas es incierto, algunas fuentes contemporáneas contemplan unas 150 muertes por cólera por día en los meses que duró la epidemia, es un número

altamente significativo y se convirtió en la principal causa de decesos durante el conflicto. En las tropas paraguayas la epidemia comienza a mediados de mayo, es principalmente afectada la fortaleza de Humaitá, donde se vio contagiado el Mariscal Solano López y fallece allí por la misma causa el hijo recién nacido de éste con Elisa Lynch; en contraposición a lo anteriormente mencionado, se declara la cuarentena en Asunción, por tal motivo la patología remite con mayor rapidez y menores efectos para la población general.

### **Los balances de la experiencia**

Tal fue el impacto de la epidemia, que tuvo repercusiones en los próximos 40 años dentro de lo que luego sería el sistema público de salud. Aquellos estudiantes de medicina que habían concurrido al frente de la Guerra de la Triple Alianza, pudieron adquirir la experiencia fáctica y empírica de la mayor diversidad de sucesos clínicos y quirúrgicos, que en otra situación hubiera sido imposible.

El precio de la negativa al bloqueo por cuarentena de la ciudad de Buenos Aires, fue demasiado alto. Cada ser humano que había participado o vivenciado la guerra, traía consigo un estigma para sí o para otros, provocó las epidemias más grandes y nunca antes conocidas en las pujantes ciudades de Argentina, que se nutrían incesantemente de nuevos habitantes producto de la inmigración.

La mortalidad causada por el cólera y la fiebre amarilla, se extenderían desde 1868/1871, causando una modificación socio – demográfico sin precedentes en las capitales, que dio un nuevo rostro y configuración a su estructura desde edilicia hasta social. Así mismo, se acelera la necesidad imperiosa de estructurar un sistema de salud pública, capaz de responder a estas situaciones.

Los médicos que brindaron servicios en el frente, eran los únicos que tenían la experiencia para dar auxilio la elevada morbi-mortalidad causada por estas enfermedades. A su regreso, los temas que fueron elegidos para consolidar las tesis finales de sus carreras; estuvieron completamente relacionados con aquellas heridas y enfermedades observadas en la guerra. Las mismas detallan de manera meticulosa los datos y factores alterados o que aumentaron la vulnerabilidad de las tropas (vestimenta, alojamiento, complexiones) y del ambiente geográfico que los rodeó.

De la elaboración de estas tesis, surgen cambios profundos en la formación de los médicos, donde comienzan a otorgarse los primeros y nuevos conocimientos en epidemiología, casuística y salud pública que se abrían paso en Europa, ante los cambios demográficos acelerados que se producían en ella, como consecuencia de la alta movilidad social relacionada a la segunda revolución industrial.

Surge la inquietud por la formación de personal de enfermería y la construcción de hospitales públicos que fueron inexistentes en la historia previa de Buenos Aires y otras capitales. La peste diseminada y cruel, obliga a posar los ojos sobre la necesidad de obras de saneamiento de aguas, residuos, reglamenta camposantos modernos y traza el esbozo de lo que aún es la presea más orgullosa para el estado argentino: su sistema de salud, pública, universal y gratuita.