

# **Reacción social ante la gripe española**

**Carlos Maza Gómez**

Mi agradecimiento al doctor y buen amigo Don Oscar Arbesún Ruiz, por su revisión técnica del texto.

## Índice

Mayo de 1918	11
.....	
¿Cuál fue el origen?	21
.....	

Discusiones entre médicos	31
.....	
Intermedio estival	41
.....	
La segunda oleada	53
.....	
Muerte en los cuarteles	63
.....	
Una epidemia incontrolada	77
.....	
Críticas al Gobierno	93
.....	
Observaciones médicas	109
.....	
Creciente mejoría	119
.....	
Pequeños rebrotes	131
.....	
La tercera oleada	139
.....	
Bibliografía	149
.....	

## Introducción

Dicen que el verdadero carácter de las personas se muestra en los malos momentos, frente a la adversidad. Es posible que en el caso de las sociedades sea también así. Ante una crisis es cuando los mecanismos y relaciones internas se hacen más evidentes. Podemos entonces encontrar reacciones que revelan aspectos de esa sociedad que, en tiempos mejores, no se manifiestan. También se ponen en movimiento factores y actitudes, grupos sociales, que a modo de anticuerpos, batallan con los problemas para conseguir superarlos.

Cuando la gripe llegó a España en mayo de 1918 nadie podía imaginar que comenzaba la mayor pandemia registrada en el siglo XX, una prueba aún más dura que la extensión del Sida muchas décadas después. Para entonces, los estudios bacteriológicos tenían apenas treinta años en nuestro país, lo mismo que los procedimientos de vacunación inaugurados por Jenner en 1771 para la viruela y desarrollados por Pasteur y otros un siglo más tarde extendiéndolos a la rabia o el cólera.

La mal llamada “gripe española” fue un proceso infeccioso de alta capacidad de contagio, con una irrupción explosiva en el mundo, y que se desarrolló en tres etapas u oleadas. La primera llegó a España en primavera y, a pesar de su rápida expansión en las ciudades, particularmente en Madrid, mostró un engañoso carácter benigno. La segunda oleada alcanzó sobre todo el mundo rural a partir de septiembre produciendo una auténtica devastación en unos pueblos sin apenas preparación ni medios con los que enfrentarse a tan virulenta epidemia. El Levante español, la meseta castellana y el norte, fueron los escenarios de una mortandad muy elevada entre una población presa del pánico y el miedo. La tercera oleada no hizo sino aumentar la mortalidad, aunque de manera más lenta, desde comienzos de 1919.

A lo largo de este tiempo, la política de la Restauración borbónica declinaba. Tras la caída de las colonias a finales del siglo XIX, los deseos de regeneración de una población presa de numerosas lacras, entre ellas la sanitaria, surgían incontenibles de la mano de literatos, científicos, políticos cercanos a la realidad de un pueblo lleno de necesidades, mal organizado, con un desigual tratamiento de las clases sociales.

Este libro desea mostrar la reacción social frente a la catástrofe que supuso la gripe española y el cuarto millón de fallecidos que dejó en nuestro país, los aproximadamente 50 millones en el mundo. En sus páginas encontraremos políticos, médicos, personas que huyen aterrorizadas de sus pueblos, otros que se sacrifican para atender enfermos, opiniones, discusiones.

Hay libros interesantes y muy completos sobre la gripe española en España (Echéverri, 1993) y en Madrid concretamente (Porrás, 1997), investigaciones que constituyeron tesis doctorales. Se ha optado aquí por presentar un orden aproximadamente cronológico, un desarrollo donde se muestre con mayor fidelidad la tensión que generaba la epidemia al extenderse, la despreocupación inicial, la alarma creciente y la tragedia. Del mismo modo, se encontrará la reivindicación que surgió incontenible hacia una reforma sanitaria del sistema español vigente, muy relacionado con el caciquismo que había imperado como fundamento del régimen político.

Al ser narración se tendrán en cuenta los datos objetivos, las estadísticas posteriores, los balances más generales sobre la epidemia, pero se pondrá la mayor atención en cómo se vivía, de qué forma la sociedad de entonces se enfrentó a este mal sobrevenido mostrando de paso sus limitaciones y capacidad de reacción.

El autor ha dispuesto de los muchos diarios de la época radicados en Madrid, la capital española y

centro de decisiones dentro de un estado centralizado como era por entonces. En las múltiples referencias utilizadas se ha escrito entre paréntesis el nombre del diario y tres números que representan el día, mes y número de página en dicha publicación.

## **Mayo de 1918**

El 16 de mayo de 1918, el diario vespertino “La Acción” reflejaba los índices de mortalidad en Madrid durante el anterior mes de abril. Era meramente rutinario porque no se encontraban datos llamativos sino usuales: en total, 1260 muertes. Sin embargo, el hecho de que se registrasen públicamente estos datos señalaba la importancia creciente de la salud pública entre la población. En particular, 254 de esas muertes (20 %) correspondían a niños de menos de un año y 171 (13 %) a otros entre uno y cuatro años. En resumen, la tercera parte de la mortalidad afectaba a la población infantil.

Todo ello pese a que la morbilidad en ese sector de la población había disminuido progresivamente desde principios de siglo, entre otros motivos por el deseo de modernidad científica presente en la conciencia española tras el desastre colonial de finales del siglo XIX y la conciencia de que el futuro patrio pasaba por cuidar a este sector infantil, hasta entonces muy olvidado desde el punto de vista educativo y sanitario.

Las muertes eran debidas a distintos procesos infecciosos: 145 murieron de tuberculosis, enfermedad para la que ya existía vacuna pero cuya inoculación no era obligatoria ni generalizada. Después se contaban las sempiternas infecciones por vía respiratoria (89 por bronquitis aguda, 23 por neumonía y 124 de otras enfermedades respiratorias, en total el 18 %), el sarampión, la escarlatina, el coqueluche o tosferina, la difteria. En un nivel bajo (9 muertes), junto con el tifus, aparecía la gripe.

Ésta última era endémica en la población española. Solía atacar en otoño e invierno, como actualmente, y con los mismos síntomas que hoy conocemos sobradamente:

“La irrupción del mal es muy rápida. El individuo atacado siente estropeamiento general, dolor de cabeza, algún escalofrío y una astenia que le hace penoso dedicarse a sus ocupaciones habituales. Inmediatamente hay una elevación de temperatura que llega a 40 grados en algunos casos, acompañado de ... amodorramiento, cefalalgia, delirio, etc. En otros casos la dolencia se presenta con catarro nasal, lagrimeo, molestia de luz, etc.” (Heraldo de Madrid, 23.05-1).

La gripe solía durar tres días a no ser que se llegara a complicaciones del aparato respiratorio o del gastrointestinal, sobre todo en niños y ancianos, los sectores de la población más expuestos a dichos problemas por su inmadurez o por el desgaste debido a la edad. En esas ocasiones la gripe podía llegar a ser mortal aunque en proporciones muy bajas de la población afectada y siempre debido a alguna dolencia previa que se agravaba en esas circunstancias.

Fue en esas fechas, hacia mediados de mayo, cuando el pueblo de Madrid se vio afectado por una epidemia de gripe que atacó a gran parte de la misma. El aspecto más destacable, además de las fechas poco habituales, fue su explosividad: en apenas una semana una proporción considerable de los madrileños fueron asaltados por los síntomas expuestos.

El día 22 “La Acción” empezó a hablar de la que denominaron inicialmente “epidemia reinante”.

“En todas partes continúan las bajas, y puede decirse que éste es el tema casi único de las conversaciones... cuando se deja de hablar de las subsistencias, naturalmente.

En Apolo pasan de veinte los músicos enfermos, y la compañía está en cuadro. En la Zarzuela también hay varios músicos enfermos y la mitad de la rondalla que tocaba ‘Soldado de Nápoles’... En algunos regimientos las bajas han pasado de 200” (22.05-3).

Se hablaba de que la mitad de los madrileños estaban en cama y no había familia que no tuviera a tres o cuatro miembros enfermos. Algunos servicios esenciales, como Correos, trabajaban a un ritmo mucho menor, al igual que otros organismos públicos o privados, como empresas o periódicos, debido a las numerosas bajas en su personal.

La epidemia resultaba enormemente extensa aunque de un carácter benigno.

“La enfermedad reinante, aunque leve en sus efectos, tiene tal poder contagioso que constituye justamente un serio motivo de preocupación para el vecindario. Apenas hay casa en Madrid que se haya librado de la invasión epidémica, ni servicio que, por tener completo su personal, pueda realizarse normalmente” (Imparcial, 23.05-3).

Estos hechos motivaban la alarma entre los madrileños, por lo que, desde el principio, el alcalde quiso tranquilizar los ánimos:

“No puede negarse, porque es un hecho conocido, que se vienen registrando en estos días numerosas invasiones de una enfermedad de muy escasa duración que no ofrece gravedad alguna. De las investigaciones practicadas parece tratarse de una infección catarral de extraordinario poder de difusión, provocada por las condiciones climatológicas reinantes y auxiliada en determinados centros, como teatros, cafés, cuarteles, etc. por la aglomeración y contacto permanente de personas” (Idem).

El doctor Marañón, una de las voces más autorizadas de la Medicina española por entonces, planteaba también algunas dudas sobre qué clase de enfermedad era aquella aunque, por los síntomas,

se inclinaba por alguna forma de gripe. Desde luego, recomendaba también el evitar aglomeraciones y lugares cerrados, por cuanto la infección se propagaba por vía aérea:

“Seguramente el modo de infectarse los enfermos es por el aire aspirado. La primera localización en las vías aéreas superiores y el carácter general de la enfermedad así lo demuestran. El microbio o microbios responsables están en la atmósfera” (Idem).

El insistir sobre la localización del agente infeccioso resultaba necesario por la cantidad de rumores que circulaban entre la población madrileña. Esta precisión permitía excluir el agua así como determinados alimentos (fruta y verdura cruda, en particular) de los que se sospechaba que pudieran acarrear la enfermedad. Sin embargo, otras dos hipótesis eran coherentes con la vía aérea de contagio y, además de originar todo tipo de especulaciones, obligaron a realizar desmentidos.

En concreto, el primer y más fuerte rumor afirmaba que el origen de esa epidemia residía en la remoción de tierras que la compañía del Metropolitano estaba llevando a cabo en Madrid para la instalación de la primera línea de metro. Por analogía con los “vapores mefíticos”, se sostenía que tales excavaciones habían llevado a la atmósfera miasmas y gases que podrían haber causado la epidemia reinante. Teniendo en cuenta que aún persistía la creencia popular de que la gripe o “influenza” tuviera como causa la “influencia” de los astros o de otros factores meteorológicos, como se creía antiguamente, no es extraño que se sospechara de tales obras.

El mismo doctor Marañón sostenía que:

“Deben haber influido en su súbita contagiosidad los grandes cambios atmosféricos sucedidos estos días (presión, grado higrométrico, temperatura, etc.). Esto explica la forma explosiva que tiene la epidemia” (Idem).

La Compañía Metropolitana, reforzada por la opinión de diversos médicos, se vio obligada a emitir un comunicado rechazando la responsabilidad en dicha epidemia, en base a que los trabajadores propios no sufrían de gripe y la remoción de tierras venía efectuándose desde un año atrás.

Entonces, algunas opiniones se inclinaron por entenderla como una consecuencia de la cercana Gran Guerra que tenía lugar al otro lado de la frontera con Francia. En ella se lanzaban con profusión gases venenosos que, al decir de los sostenedores de esta hipótesis, de cerca mataban pero, cuando aumentaba la distancia y los gases se diluían en la atmósfera, ésta resultaba contaminada atacando levemente a los que la respiraban con síntomas semejantes a los de la gripe. La presencia en aquellas semanas de vientos del norte desde Francia hacia la Península aumentaba la confianza en que la hipótesis era acertada.

“Personas que me merecen entero crédito, afirman que las batallas se han suspendido por haber cientos de miles de soldados enfermos. Y si eso es cierto, y cierto también que microbios difundidos por las aguas dan la vuelta al Mundo –cólera por ejemplo-, nada de anticientífico será el suponer que a España haya podido llegar el aire viciado por los gases asfixiantes y otros deletéreos” (La Correspondencia de España, 27.05-4).

Mientras tanto, la población seguía cayendo en masa sin que, afortunadamente, se registrara un incremento significativo de los fallecimientos, al decir de las autoridades. Se cifraba en 80.000 el número de afectados en apenas diez días de entre una población de unos 641.000 madrileños, aunque eran meras estimaciones puesto que la gran mayoría de los griposos quedaba en cama durante tres días mientras se le recetaban remedios caseros: descanso, purgantes (algo que los médicos combatieron

durante largo tiempo), leche, limones, quinina cuando era posible obtenerla y, sólo para familias pudientes, la aspirina.

Como por entonces la gripe resultaba en general benigna, salvo complicaciones con enfermedades previas, el pueblo de Madrid empezó a tomarse su presencia como una ocasión de chistes y comentarios satíricos de toda índole. Para empezar, a la “epidemia reinante” o “fiebre de los tres días” se le comenzó a llamar “Soldado de Nápoles”. Por entonces, la zarzuela “La canción del olvido”, del maestro Serrano, triunfaba sin paliativos, sobre todo entre las mujeres que suspiraban por aquellos soldados tan aguerridos y apuestos. En concreto, la canción de la rondalla que comienza con:

“Soldado de Nápoles  
que vas a la guerra;  
mi voz recordándote  
cantando te espera”

El coro fue tan admirado, la canción tan pegadiza, que se afirmó que la gripe lo era tanto como ella. De ahí que empezara a llamarse la epidemia bajo el sobrenombre de “Soldado de Nápoles”. Pero es que además, empezaron a proliferar en los diarios, todo tipo de poemas satíricos que tomaban a la gripe como protagonista:

“No hay más remedio, señores,  
que hablar también hoy un poco  
de este mal, cuyos rigores,  
a Madrid lo tienen loco.  
El bacilus del trancazo  
se ha colado por doquier,  
como, con desembarazo,  
comentábamos ayer.  
Muchos no se satisfacen  
si no achacan el insano  
germen a las obras que hacen  
para el Metropolitano.  
Otros dicen seriamente  
que está en el agua; ¡divino  
pretexto de mucha gente  
para atracarse de vino!  
Alguien, como don Felipe,  
dice (y piensa con los pies)  
que el microbio de esta gripe  
viene de un sector francés  
y la guerra lo ha traído”  
(Heraldo de Madrid, 27.05-1)

Mientras tanto, el rey enfermaba, parte del gobierno caía en cama, se ordenaba practicar todo tipo de desinfecciones, incluyendo el mismo Congreso de los Diputados. Otros, sin embargo, hacían su agosto y elevaban los precios de productos muy demandados: los limones y la aspirina. Así, bajo el título de “Cómo se roba”, “El Globo” denunciaba que los limones, antes a un precio de 5 céntimos, habían llegado a costar entre 25 y 30 céntimos. De igual modo, la aspirina, cuyo tubo costaba entre 2 y



3 pesetas, llegaba a venderse en las boticas ¡a dos duros! Hay que tener en cuenta que, junto a las noticias de la Gran Guerra, los periódicos informaban habitualmente de la llamada “crisis de subsistencias”. Consistía en la carencia o elevación desmesurada de los precios de productos básicos como la harina, la leche y similares. Ello estuvo motivado por el hecho de que, siendo España un país neutral en la contienda militar europea, sus productos eran muy demandados en el extranjero, pudiéndose obtener pingües ganancias que no se compensaban en el mercado interior. Una nueva especulación estaba, pues, presente en todo tipo de productos que se consideraban necesarios para la mejoría del enfermo de gripe.

Esto motivó que el gobernador civil de Madrid sacara un enérgico bando el 30 de mayo para denunciar las escandalosas subidas de precios, estimar que muchas de las familias madrileñas resultaban afectadas, sobre todo las menesterosas, disponiendo que todos los almaceneros y boticarios debían dar cuenta inmediata de sus existencias de salpirina, sales de quinina, salicilato de sosa, piramidón, aspirina, etc., al objeto de fijar su precio dejándolos en los que tenían estos productos el primero de mayo de aquel año. La acción se extendería a las lecherías denunciadas por aguar la leche hasta en la cuarta parte de su volumen. Hay que tener en cuenta que la demanda de este producto era mucha en esas circunstancias y la crisis de subsistencias motivaba la entrada a Madrid de una cantidad más corta de la que se deseaba vender, de ahí el fraude.

La epidemia en Madrid tuvo una importante repercusión en todos los medios periodísticos de la época pero, a lo largo de mayo, empezaron a llegar noticias de que otras provincias estaban siendo masivamente afectadas, aunque con el mismo carácter benigno que presentaba en la capital.

## **¿Cuál fue el origen?**

Hace no muchos años un equipo liderado por Taubenberger desenterró varios cadáveres en Alaska que habían estado conservados por el hielo desde 1918. El poblado de los inuits lapones era conocido porque una gran proporción de sus habitantes murieron durante la segunda oleada de la gripe española.

El objetivo de este equipo era caracterizar con métodos actuales aquel virus, causante de tan gran mortalidad, ya que no había sido aislado entonces. Se encontró, efectivamente, el virus de la gripe española. Analizado genéticamente se pudo determinar que era exclusivamente de origen aviar, para sorpresa de la comunidad científica, que siempre consideró su origen porcino o bien como una mezcla de la gripe humana y animal, sea cual fuere este último.

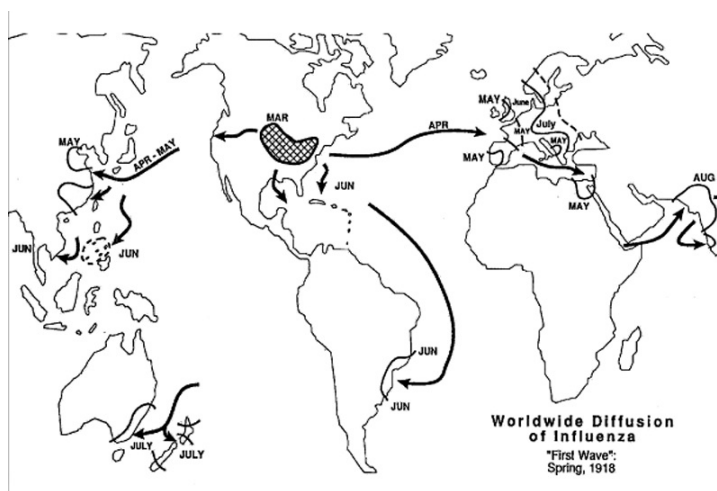
De manera que, a partir de alguna mutación de la gripe aviar, había infectado a los humanos directamente. El virus de la gripe tiene dos antígenos en superficie: la hemaglutinina H y la neuraminidasa N que, en ocasiones son reemplazados por nuevas versiones al cambiar los fragmentos de ARN que los codifican. Hoy en día se conocen varias: La gripe asiática de 1957 fue una pandemia donde intervino el virus H2N2 del mismo modo que la mal llamada gripe A reciente estaba codificada como H1N1 en cerdos transformándose en H3N2 en humanos. Pues bien, la gripe española fue del tipo H1N1, probablemente el antecedente más antiguo conocido de los distintos cambios experimentados por el virus a lo largo del siglo XX y comienzos del presente.

Nada de esto podía ser conocido por los científicos que se enfrentaron con desconcierto a la nueva pandemia de gripe llamada española. Se discute actualmente si el origen de aquella gripe estuvo en China y fue llevada a Estados Unidos por los miles de coolies de aquella nacionalidad que trabajaban en los ferrocarriles norteamericanos, o se originó en este país.

Está comprobado que los primeros pacientes debidamente registrados se encontraban en el

Campamento Funston, en Kansas, enfermado a partir del 4 de marzo de 1918. En el condado de Haskell, también en Kansas, se había registrado desde finales de enero una sucesión creciente de casos de gripe, algunos de los cuales terminaron en fallecimiento. Hay que tener en cuenta que este condado es eminentemente agrícola y ganadero, basándose su economía por entonces en la cría de cerdos y aves de corral. Pues bien, el médico del condado, Loring Miler, se enfrentó a esta epidemia de características inusuales, por cuanto los más afectados (como sucedió en la gripe española) eran los jóvenes, antes que los niños y ancianos, pacientes más frecuentes de esta enfermedad.

A mediados de febrero el “Santa Fe Monitor” informaba con nombres y apellidos de los afectados, en algunos casos complicados con neumonía. También se comentaba la llegada de jóvenes soldados hasta sus casas provenientes del Campamento Funston al que volvían poco después del permiso.



En dicho lugar se encontraban concentrados 56.000 soldados que esperaban la orden para marchar a Europa al objeto de participar en los combates contra Alemania. Es de imaginar la acción de aquella gripe, en general benigna, en una población hacinada de soldados. El caso es que desde abril de aquel año fueron siendo embarcados hacia el puerto francés de Brest donde terminó llegando, a lo largo de los siguientes meses, millón y medio de soldados norteamericanos. No fue entonces casualidad que los primeros casos detectados en Europa de la nueva gripe se situaran en la propia Brest, a partir de la cual se distribuyó por toda Francia, afectando a los naturales del país, así como a británicos y los propios norteamericanos que allí combatían a lo largo del mes de abril. Pronto traspasaría la línea de combate para alcanzar a las fuerzas alemanas.

En mayo la epidemia aparecía con fuerza inusitada en España, Portugal, Italia, Grecia y norte de África, llegando en junio a la India, a partir de la cual se distribuyó por toda Asia alcanzando Australia en septiembre. Evidentemente, los distintos focos fueron siguiendo las vías de comunicación y transportes. Así por ejemplo, en la India fue Bombay, destino de los cargueros ingleses, donde apareció por primera vez.

Algo parecido habría de suceder en España, como pronto llegaría a sospecharse. Desde Francia, a través de los españoles que iban a trabajar a la vendimia y en todo tipo de ocupaciones, dada la carencia de franceses en sus tierras debido al reclutamiento, llegó la epidemia en los trenes que repatriaban a los vendimiadores. Del mismo modo, portugueses que acudían también al reclamo de la vendimia atravesaron España para llevar la gripe a su país. En todos los casos el ferrocarril y más excepcionalmente los barcos, transportaron el virus a lo largo de todas sus paradas.

Nada se sabía de esto entonces. Andando el tiempo, una comisión médica viajaría a París desde Madrid para averiguar los tratamientos ensayados por médicos franceses. Por entonces sería más conocido lo que estaba sucediendo en el resto de Europa, pese a lo cual, persiste en todos los casos una

visión local del origen y forma de enfrentarse a la pandemia en territorio español.

Sólo la fuerza de los hechos indujo en su momento a los periódicos madrileños a incluir breves noticias de las provincias. No existió apenas una acción coordinada y mucho menos eficaz de los gobernantes del país. Para entonces sólo se disponía de una Instrucción General de Sanidad, nacida en 1904. Allí se decía, por ejemplo, que los médicos debían declarar obligatoriamente la presencia de un paciente de cualquier enfermedad infecciosa ante el inspector municipal. Pero esto se hacía muy raramente por cuanto la mayoría de los casos, al menos en los primeros meses, recibieron tratamientos caseros y ni siquiera fueron llamados los médicos a consulta.

Cuando, aún así y sobre todo en la segunda oleada de gripe, el médico tenía tiempo para registrar el caso tratado, éste llegaba a los inspectores médicos de cada municipio, es decir, el médico o médicos titulares del mismo. Pero estos tenían su labor mediatizada por la autoridad municipal, en suma, el alcalde, que podía estar interesado o no en que se conocieran tantos casos de enfermedad. La dependencia llegaba hasta el extremo de que, en no pocos casos, el médico titular no conseguía cobrar sus haberes porque el alcalde no lo tenía a bien.

Los informes de este inspector médico llegaba finalmente a una Junta Municipal de Sanidad que podía elevarlos a la superioridad o no, dando los primeros pasos en la declaración oficial de epidemia. Con todos estos trámites condicionados a la voluntad política del alcalde y sus concejales, no es extraño que muchos médicos murieran a lo largo de la epidemia sin que sus viudas, como estaba previsto en la ley, pudieran cobrar compensación económica alguna dado que en aquel municipio no se había declarado oficialmente el estado de epidemia, condición imprescindible para el cobro.

Todo ello tenía su raíz en la consideración de la Sanidad como un tema dependiente, nada menos, que del Ministerio de Gobernación. Algo así como hacer de la salud de los españoles una cuestión de orden público. Precisamente, una vieja reivindicación médica era el establecimiento de un Ministerio de Sanidad que no vería la luz hasta tiempo después.

El gobierno, ante la situación planteada en Madrid, consultó en primer lugar a la Real Academia de Medicina, que debía determinar la gravedad y extensión de la enfermedad. A partir de su informe la Junta municipal de Sanidad determinaba el carácter de epidemia o no. En esa labor estaba apoyada técnicamente por el Laboratorio municipal del Dr. Chicote, farmacéutico, que tendría un gran protagonismo a lo largo de los meses en que transcurrió la gripe en Madrid.

Pues bien, lo primero que intentaron los miembros de la Real Academia de Medicina y el jefe del Laboratorio municipal, es determinar la etiología de la gripe, su causa médica. Ahí empezaron los problemas que se extenderían a lo largo del tiempo sembrando el desconcierto y la duda sobre si era gripe u otra enfermedad desconocida, cuál era el agente causante y, en consecuencia, qué tratamiento resultaría más eficaz para combatirlo e incluso preverlo, vía una nueva vacuna.

“La epidemia actual de Madrid es de una enfermedad clínicamente parecida a la gripe. Desde el punto de vista bacteriológico, no se ha comprobado, en los casos en que se ha hecho la investigación, la presencia del bacilo de Pfeiffer, productor de la gripe auténtica: se han encontrado por el doctor Falcó otros gérmenes que habitualmente producen estados agudos parecidos al de ahora, sin que se pueda asegurar por el momento cuál sea el responsable” (La Época, 23.05-1).

Esto declaraba el doctor Marañón, apenas unos días después de que se constatará la rápida extensión de la enfermedad por la población madrileña. La búsqueda del bacilo de Pfeiffer se extendería por largo tiempo sin que fuera hallado en las secreciones de los enfermos más que excepcionalmente.

Esto desorientó a los médicos de entrada. Desde su descubrimiento en 1892 por el bacteriólogo alemán Richard Pfeiffer, se consideraba a este bacilo, luego denominado *Haemophilus influenzae*, como el verdadero causante de la gripe. El no encontrarlo hacía dudar sobre si aquello era realmente gripe u otra nueva dolencia infecciosa de síntomas semejantes a los gripales.

En realidad, este bacilo existe en los seres humanos sin que se torne agresivo salvo en presencia de otros agentes infecciosos (por ejemplo, el virus de la gripe), que hace disminuir las defensas y permite la acción del bacilo. Con ello provoca algunas enfermedades graves, como la meningitis bacteriana aguda. Hasta el descubrimiento del verdadero virus de la gripe en 1931 se pensó, sin embargo, que era el agente causal de la misma. Sin embargo, como no siempre estaba presente en los enfermos de gripe e incluso se comprobó que la inoculación en animales no causaba la enfermedad, se empezó a distinguir entre la gripe auténtica, donde sí estaba presente, y estas otras enfermedades que cursaban con los mismos síntomas y que ofrecían dificultades para averiguar su causa, como en el caso de la gripe de que tratamos. Tal como afirmaba el doctor Chicote:

“Del examen bacteriológico de nuestros productos de expectoración, procedentes de personas atacadas de la enfermedad reinante, resulta que no se encuentra ninguna especie microbiana distinta de las que actualmente existen en la boca, faringe y primeras vías respiratorias.

En la inmensa mayoría de los casos aparece en mayor proporción el ‘estreptococo’ y un ‘diplococo’ Gram negativo del tipo de ‘catharrallis’. El bacilo Pfeiffer no ha sido encontrado más que en un solo caso” (La Nación, 28.05-4).

Ante esta situación y mientras los médicos determinaban otra cosa, desde el gobierno civil se hicieron públicas determinadas recomendaciones: no frecuentar lugares cerrados y con mucho público, antes bien, pasear por lugares amplios y bien ventilados; cuando se declare la enfermedad aislar en lo posible a los afectados, desinfectar sus ropas, proveerles de una sana alimentación (desmintiendo así la creencia en el poder de los purgantes y el ayuno, que debilitaban más que fortalecían) y airear la habitación donde se encontrase.

“No se conoce en la actualidad medicación alguna profiláctica para evitar la presentación del proceso ni atajar su desarrollo, como tampoco se conocen sueros ni vacunas que puedan preservar de la enfermedad o ayudarnos a combatirla. El único preservativo eficaz tiene por base el aislamiento posible de sanos y enfermos, procurando que permanezcan los primeros en la atmósfera que respiran los segundos sólo el tiempo necesario para atender a su cuidado” (El Liberal, 27.05-1).

## Discusiones entre médicos

La epidemia de gripe parecía benigna, pese a su explosividad y capacidad de un rápido contagio en Madrid. Algunas de las estimaciones dadas por los médicos indicaban que esta ola epidémica había empezado en algunos cuarteles hacia mediados de mayo. La primera noticia periodística alertaba de la situación el 20 de aquel mes, algo de lo que se hicieron eco todos los demás diarios madrileños en los días siguientes. Para el 28 de mayo los contagiados llegaban a las cien mil personas, de manera que el 1 de junio hubo quien estimaba en 250.000 las personas afectadas por la gripe sólo en Madrid, es decir, casi la mitad de la población.

Sin embargo, aunque el carácter benigno aliviaba la urgencia de la situación e incluso permitía bromear sobre el estado sanitario de la capital, algunos alzaban la voz para recordar cómo empezó, igualmente benigna, la epidemia de gripe de 1889-90 para desembocar posteriormente en un aumento apreciable y dramático de la mortalidad. Lo que bien podía repetirse, venían a decir, al objeto de que las autoridades no bajaran la guardia.

Efectivamente, en octubre de 1889 llegó a toda Europa, procedente de Rusia, un virus que atacó en el mes de diciembre a España, para extenderse en el primer trimestre de 1890 por todo el mundo. Esta pandemia empezó de la misma forma que la de 1918 para agravarse súbitamente causando una mortalidad que nadie quería pensar que se repitiese, mucho menos que fuese aún mayor que aquella, como lo sería en los siguientes meses.

Desde el principio, hubo una falta de armonía entre el conocido cuadro clínico de la gripe, que se presentaba con ligeras variantes en todos los casos examinados, y el origen de la epidemia. En cuanto a los síntomas, existía un general acuerdo en que fueran los descritos, por ejemplo, por el doctor Sáenz y Criado:

“En la mayoría de los enfermos se presentan vómitos, tos seca, opresión al respirar, dolor de cabeza fuerte... en algunos hemorragias nasales, en otros diarreas. A estos síntomas locales acompañan dolores en las articulaciones y en los músculos, sobre todo en los de la espalda y en la región de los riñones, donde suelen adquirir mayor intensidad, decaimiento de fuerzas que, en ocasiones, llega a una gran postración, fiebre alta, poco duradera habitualmente. Los síntomas expresados son los característicos de la gripe. Esta infección es esencialmente congestiva, ocasiona gran depresión del sistema nervioso y provoca dolores contusivos en casi todo el cuerpo, por los cuales y por el decaimiento de las fuerzas, los andaluces calificaron de ‘trancazo’ a esta enfermedad” (Heraldo de Madrid, 7.06-2).

La forma de combatir sus efectos se limitaba (como actualmente, salvo por el hecho de disponer de una vacuna) a paliar sus síntomas proporcionando productos como la quinina, que provocase el sudor

del paciente al tiempo que bajaba la fiebre, aislándolo, aireando la atmósfera donde reposaba, proporcionándole una buena alimentación donde no podía faltar la leche y el zumo de limón. Poco más se podía hacer. Algunos médicos insistían en administrar al enfermo productos farmacéuticos que previesen otras infecciones asociadas.

El que engendraría mayor polémica fue, probablemente, el suero antidiftérico. Encontramos la primera referencia por parte de un médico militar, el doctor Valderrama, que el 10 de junio publica un artículo donde recomienda encarecidamente el suero Roux antidiftérico, considerándolo un antitóxico que combate particularmente la forma gripal broncopulmonar.

“Hace ocho años escribí en estas columnas un articulito, con el epígrafe ‘Tratamiento de las pulmonías gripales en el hospital de Carabanchel’. Decía que me limitaba a administrar el suero Roux, dieta láctea y algunas copas de jerez; éste es el tratamiento que sigo actualmente en todos mis enfermos, con resultados brillantísimos” (La Correspondencia Militar, 10.06-1).

Sin embargo, en el momento en que la epidemia mostraba su benignidad (no exenta de alguna mortalidad, aunque escasa y atribuible a complicaciones en pacientes previamente en mal estado), la discusión mayor trataba del bacilo de Pfeiffer. A primeros de junio las opiniones médicas divergían. Estaba claro que, de los exámenes de laboratorio efectuados, se deducía que el famoso bacilo no estaba presente más que en muy pequeña proporción. Algunos aducían que las pruebas eran insuficientes y los métodos de laboratorio limitados. Téngase en cuenta, afirmaban, que el bacilo de Pfeiffer no es fácilmente detectable. Se daba la circunstancia de que, debido a la benignidad de la epidemia y sus tratamientos caseros, los pacientes se negaban a ser sometidos a otro examen que el de sus secreciones, sin dejar que ningún médico les tomase muestras de sangre.

Cuando los análisis aumentaron en número y calidad, la “invisibilidad” del bacilo de Pfeiffer se achacó a que podría ser una variante desconocida la que protagonizaba la nueva epidemia, variante que supuestamente sería más difícil aún de localizar. Algunos recordaron que el mismo bacteriólogo alemán no encontró su propio bacilo en una nueva epidemia de gripe en 1895. Naturalmente, una explicación basada en un agente fantasmal y desconocido no podía satisfacer a nadie.

El 6 de junio, el doctor Chicote comunicó algunos resultados de análisis sistemáticos de sangre que había podido efectuar. En primer lugar insistía en resultados previos fruto del análisis de expectoraciones de enfermos: práctica ausencia del bacilo de Pfeiffer, predominio de estreptococos y meningococos, del tipo catarrallis. Pues bien, la enfermedad masiva presente en el colegio Nuestra Señora de la Paloma, había permitido finalmente tomar diversas muestras sanguíneas a lo largo del transcurso de la dolencia.

Los resultados permitían descartar definitivamente todo tipo de infecciones del aparato digestivo fruto del agua o los alimentos. Además,

“Se ha observado en todos los análisis un predominio de un ‘estreptococo’ y de un ‘diplococo’ Gram negativo del tipo o grupo de ‘catharrallis’ en el que, como nadie ignora, están incluidos los pseudo y parameningococos.

Que en vista de todos estos antecedentes, el Laboratorio estima que la epidemia reinante quizá sea motivada por una exaltación en su virulencia de alguno o de los dos citados gérmenes, debido a causas que en el estado actual de la ciencia no llegan a tener explicación” (El Imparcial, 6.06-3).

El doctor Chicote iba algo más allá discurriendo sobre el origen de la epidemia y mostrando las limitaciones del conocimiento internacional sobre esta enfermedad.

“No se conocen datos precisos en apoyo de que esta enfermedad tenga su origen fuera de España, toda vez que la situación anormal por que atraviesa Europa imposibilita o, al menos, dificulta mucho, el intercambio de noticias sanitarias. Sin embargo, bien pudiera ser así pues, al parecer, en España hizo su aparición primeramente en una población del litoral” (Idem).

El 14 de junio los periódicos ofrecían una breve relación de las intervenciones que habían tenido lugar el día anterior en la Academia Médico-Quirúrgica. En ellas había abiertas discrepancias sobre el origen de la enfermedad: algunos seguían defendiendo que era el bacilo de Pfeiffer pero la mayoría se mostraba escéptica o no entraba en esa cuestión, salvo el médico del Laboratorio Municipal que, de acuerdo a los comentarios del doctor Chicote, atribuía la dolencia a un agravamiento de la virulencia del “micrococo catharralis”.

Sí había más unanimidad en defender que las complicaciones habidas eran más frecuentemente de carácter bronco-pulmonar, registrándose casos de hemoptisis (vómitos de sangre), en cuyo caso la posibilidad de fallecimiento crecía. El doctor Marañón comentó que, de los 50 casos de este tipo presentados en el Hospital Provincial, 9 habían muerto, encontrándose afectados también otros órganos, como el hígado y las cápsulas suprarrenales. Obviando las abiertas discrepancias sobre la presencia detectada o no del bacilo de Pfeiffer, el doctor Hernando, que presidía la sesión, la concluyó afirmando diplomáticamente:

“Hizo el resumen de la sesión el doctor Hernando, manifestando que la actual epidemia es una gripe proteiforme de tipo pandémico, que decrece de un modo notable y que presenta, en general, caracteres de benignidad” (La Acción, 14.06-3).

Es cierto que a esas alturas la epidemia parecía estar claramente en retroceso, tanto en Madrid como en provincias. El momento álgido, como luego se comprobó, había transcurrido entre el 27 de mayo y el 9 de junio, y a partir de entonces fue declinando para darse por concluida a finales de junio de 1918.

Durante ese tiempo numerosos servicios oficiales habían disminuido su ritmo de trabajo ante la carencia de plantilla, mucha de ella enferma. Servicios de Correos y Telégrafos, los Bomberos registrando una tercera parte de su personal de baja, oficinas, administraciones que no podían atender el papeleo... Junto a ello, a medida que mejoraban los servicios reincorporándose los enfermos al cabo de los días, también se encuentra una picaresca que debía estar extendida. Lo comenta “El Siglo Futuro” bajo el epígrafe de “Curaciones fulminantes”.

“La estadística de enfermos acusa una disminución considerable, debida en parte a un remedio de efectos rápidos que no ha salido de ningún laboratorio, sino del magín del jefe de un gran establecimiento de crédito.

La fórmula curativa del experto financiero consiste en recorrer las casas de los empleados que se han dado de baja para enterarse de su estado.

Y cuentan que, salvo los casos en que el enfermo se encontraba en la Bombilla, en el Retiro o en otros sanatorios semejantes, la presencia del jefe determinaba una curación fulminante” (3.06-1).

En el Ejército no sucedía tal cosa, claro está. El tema era mucho más serio porque precisamente en esos días se discutía en el Congreso la reforma militar. Hay que tener en cuenta que el Ejército español mostraba unas carencias tan considerables que ése había sido uno de los motivos principales de la

neutralidad española en la Gran Guerra. No se disponía de una flota adecuada tras el desastre de 1898, el armamento era obsoleto frente al que mostraron las fuerzas aliadas, la formación de los soldados deficiente, las instalaciones y cuarteles inadecuados.

A nadie se le podía negar, además, que los cuarteles habían sido un lugar donde la gripe se había cebado con una población joven hacinada en barracones con una falta notable de higiene. En “La Correspondencia Militar”, el mismo médico que hemos visto partidario del suero antidiftérico, denunciaba la inexistencia de duchas y baños en los cuarteles, la aglomeración de soldados en unas condiciones antihigiénicas que favorecían sobremanera la difusión de la gripe y su contagio.

Por ello abogaba por medidas razonables como era la instalación de duchas, así como la desinfección de cuadras y letrinas. Sin embargo, también proponía algo que se llevaría a cabo en muchas ocasiones varios meses después y aumentaría sobremanera el contagio de la gripe entre la población civil: licenciar a los soldados enfermos para que fueran cuidados en su casa y no ayudaran a extender la epidemia en el cuartel. Lo que no se tuvo en cuenta es que esta actuación conduciría a que las familias de los soldados enfermos contrajeran la enfermedad, propagándola en los diversos pueblos y ciudades de donde los jóvenes eran originarios.

## **Intermedio estival**

Los meses de julio y agosto fueron tranquilos. La epidemia de gripe había sido explosiva,



altamente contagiosa, y terminó afectando sobre todo a una gran parte de la población madrileña, extremeña y andaluza. También hubo casos en el norte, en levante y la meseta castellana pero no fueron extensos, algo que sería un factor importante para justificar la alta mortalidad de la segunda oleada de gripe, que habría de llegar meses después.

Pero entonces nadie podía suponerlo y la atención del público lector de los diarios de la época tenía numerosos temas en los que centrarse. Desde el punto de vista internacional, la contienda entre los estados centroeuropeos y los aliados protagonizaba las noticias de los periódicos en primera o segunda página cada día. Se informaba de los avances de unos y otros, los enfrentamientos diarios, el bloqueo que se pretendía llevar a cabo, declaraciones de los dirigentes. En España se discutía en el Congreso una ley contra el espionaje al objeto de preservar la neutralidad decretada por el gobierno nacional y conseguir que ningún partidario de uno de los bandos filtrase información sensible que alterase esa situación.

Nuestro país, no obstante, ya tenía sus propios problemas que venían también reflejados en páginas interiores y en los chistes que presidían la primera página de cada diario. La inestabilidad política era notable desde el asesinato, el año anterior, del primer ministro Canalejas y la posterior caída de Maura, uno de los pilares de ese régimen basado en la alternancia de dos partidos y el caciquismo provincial.

Los problemas militares se sucedían por diversos motivos: un excesivo número de oficiales frente a una tropa mal armada, con escasos suministros y corta de número. La situación en Marruecos no terminaba de resolverse y ello provocaba tensiones internas importantes entre los propios militares, algunos de los cuales eran partidarios de una renovación completa de la estructura militar. A fin de cuentas, las derrotas de final de siglo frente a enemigos más poderosos, como el norteamericano, no habían tenido verdaderas consecuencias ni habían comportado un rearme y modernización del ejército, uno de los motivos fundamentales de la anunciada neutralidad española frente a la contienda europea.

Al tiempo, el triunfo en Rusia de los llamados “bolchevikis”, no del todo preciso por entonces pero ya inspirador de una conciencia europea entre los trabajadores de cada país, se unía a unas condiciones sociales en España que hacían prender la mecha de la conflictividad. Los socialistas ya estaban en el Congreso y había que contar con ellos, así como con las huelgas que menudeaban día a día en la Corte. Podían ser los mineros, los empleados de Correos, ningún sector estaba libre de encontrar unos trabajadores cada vez más unidos y exasperados.

A la falta de una auténtica reforma agraria se unía una creciente crisis de subsistencias dada la falta en todos los ámbitos de harina para hacer pan, de aceite, leche y cualquier producto básico cuya exportación era más rentable que su entrega en el mercado interior español.

La consecuencia en el orden político fue, durante todo el año, una creciente inestabilidad. Ya no se alternaban simplemente los dos partidos hasta entonces fieles a la monarquía de Alfonso XIII. Cánovas y Sagasta habían pasado a la historia y sus sucesores se veían incapaces de sostener mucho tiempo un gobierno estable, enfrentados a los conflictos existentes. Menudearon ese año las crisis de gobierno, las tensiones regionalistas con Cataluña a la cabeza, una inestabilidad continua que habría de resolverse varios años después, por un corto período de tiempo, con la dictadura de Primo de Rivera.

En ese ambiente lleno de tensiones, necesidades, negociaciones entre la clase política, con la presencia de Eduardo Dato, el conde de Romanones y tantos otros intentando mantener la estructura que había sido útil durante varias décadas, la gripe pasó a ser un asunto resuelto y casi olvidado.

El interés se mantenía entre los médicos, ciertamente, aunque al mismo nivel que nuevas epidemias de tifus exantemático, difteria, viruela, y tantos otros procesos infecciosos viejos o nuevos que asaltaban constantemente a la población civil. La revista “La Sanidad Militar” dedicaba a mediados

de agosto un artículo elaborado por un médico del Instituto de Higiene Militar, para hacer un balance de la gripe vivida en los meses anteriores en España. Tras un examen de numerosos afectados de distintos centros (cuarteles, hospitales, residencias particulares) concluye:

“En todos se presentaba lo mismo esta infección, invasión generalmente brusca, evolución breve y terminación favorable, porque en el Ejército ha sido por fortuna muy escaso el número de fallecimientos ocurridos.

Como características especiales hemos de señalar su gran contagiosidad, pues hubo Centro donde en brevísimo plazo fue atacado más de la mitad del efectivo de las fuerzas; el predominio de síntomas del aparato respiratorio con sus distintas complicaciones y la astenia consecutiva” (Revista de Sanidad Militar, 15.08-8).

A partir de este punto se va trazando un cuadro clínico completo clasificando los casos por su gravedad, sea por registrar solamente fiebre y malestar, pasando por síntomas traqueo-bronquiales, cefaleas, quebrantamiento, hasta llegar a los casos más complicados en relación con órganos anteriormente afectados, aunque siempre predominando los relacionados con el aparato respiratorio.

Se pasa entonces al examen en laboratorio de los productos de los enfermos para concluir en la presencia del bacilo de Pfeiffer. No se menciona su ausencia en muchos casos, según los médicos civiles, ni el hecho de que, inoculado a animales de laboratorio, no producía los mismos síntomas encontrados en la gripe habitual. Por la atención que se presta a describir el modo analítico de encontrar el bacilo se podría presumir, sin mencionarlo, que el hecho de no encontrarlo pudiera ser motivado por una técnica de laboratorio más limitada.

“Esta bacteria, corta y delgada con aspecto de cocobacilo, se tiñe con los colores de anilina ordinarios, pero muy bien con Ziehl diluido, actuando durante largo rato; no toma el Gram y se encuentra en abundancia cogiendo grumos purulentos de los esputos, sin que sea necesario el lavado previo de los mismos con agua salina, según se ha indicado por algunos como esencial para encontrarlo...

Como es de suponer, se encontraban en los frotos hechos con esputos de estos enfermos, además del bacilo Pfeiffer, que consideramos el específico, otros gérmenes huéspedes habituales de vías respiratorias que pueden desempeñar un papel importante en el proceso patológico; así hemos logrado identificar estreptococos, pneumococos catarralis y otras bacterias” (Idem).

Salvo en el hecho de decantarse por el bacilo de Pfeiffer como el causante más aceptado de la gripe, las conclusiones venían a ser las mismas de la medicina oficial de la época: dentro de los gérmenes más frecuentes en el aparato respiratorio uno, en particular el Pfeiffer en este caso, exacerbaba su virulencia por motivos desconocidos aunque relacionados con las condiciones climatológicas. En ese sentido, que la epidemia hubiera sucedido en un clima cálido cerca del verano influyó poderosamente en su benignidad. A partir de ese momento, la aglomeración de personas, la falta de una desinfección adecuada y, en algunos casos, la ausencia de una alimentación correcta, provocaban que el contagio por vía aérea, muy difícil de limitar, se extendiera con gran rapidez.

Las noticias sobre la gripe, durante aquellos meses estivales, se vieron reducidas a breves referencias a la enfermedad que iba extendiéndose por Europa. La llamaban “gripe española” y tal denominación, aunque históricamente inadecuada, no parecía molestar inicialmente a la prensa del país. Hoy sabemos que la gripe pudo tener un origen asiático o norteamericano, pudo haberse llamado la “fiebre de Kansas” o la china, e incluso la “fiebre de Brest”, el primer lugar en el continente europeo

donde se localizaron casos de esa extraña enfermedad llegada a Francia con los soldados norteamericanos.

Pero en aquel momento ni se le dio excesiva importancia ni, sobre todo, los estados en contienda se podían permitir que el enemigo y la propia población supieran que sus soldados se estaban viendo más diezmados por un germen desconocido que por las balas del otro bando. Es cierto que la enfermedad resultaba leve y que, en pocos días, la población se recuperaba, pero también es verdad que algunos enfrentamientos se aplazaron por la retirada de una de las partes, disminuidos sus efectivos por las crecientes bajas debidas a la gripe.

Como España era país neutral y una de las poblaciones más afectada fue la propia capital, Madrid, las noticias sobre la “epidemia reinante” o el bacilo del “Soldado de Nápoles” como pronto fue llamado en los ambientes castizos de la Corte, se extendieron por toda Europa. Cuando en otros países la enorme contagiosidad de la nueva epidemia tuvo que ser reconocida, España había pasado para muchos a ser la imagen inicial de la enfermedad. De ahí el apelativo de “gripe española” con la que sería injustamente conocida.

Pues bien, el 4 de julio hubo la primera breve referencia a este nombre proveniente de Alemania. Al principio no quedaba claro si era la misma sintomatología que la encontrada en Madrid, pero enseguida se llegó a la conclusión de que resultaba la misma epidemia, ahora reconociéndose entre los bandos en contienda. Así, a principios de julio se presentó en Nuremberg, Ratisbona, Passau hasta llegar a Berlín, la capital. Se daba el caso de que, legalmente, los médicos alemanes no estaban obligados a declarar oficialmente la presencia de la enfermedad en sus pacientes, mientras que en España esta declaración era obligatoria desde las Instrucciones de 1904. Otra cosa es que, en realidad, con miles de casos entre sus manos, muchos de los cuales ni siquiera llamaban al médico dada la benignidad habitual de la dolencia, la mayoría de los enfermos no fueran declarados como tales.

Dos días después, mientras el servicio de tranvías de Dantzig debía suspenderse porque los trabajadores del mismo habían caído enfermos en su mayoría y el gobierno en Sajonia estaba paralizado con gran parte de sus funcionarios en cama, se reconocía la extensión de la “gripe española” a Suiza.

El 8 de julio el ABC mencionaba que en Hungría y Austria, dentro del imperio central, se registraban bastantes casos, pero sin que existiera alarma entre la población dada la benignidad de su evolución, como había sucedido en Madrid. No obstante, en los cuarteles de Ginebra sobre todo, se habían registrado 40 muertes a finales del mes de julio. La mortalidad no era alta pero existía, sobre todo en casos de pacientes con algunas dolencias previas, que se agravaban. Aún no se mencionaba un hecho que sería característico de esta epidemia de gripe: los principales afectados eran jóvenes entre 20 y 40 años. En ese momento, su extensión en los cuarteles hacía natural que esas edades, propias de los militares, fueran las más proclives a sufrir la enfermedad.

También a finales de julio se mencionaba la nueva gripe en Dinamarca, poco después en Bélgica o Italia. Incluso el 9 de agosto se hablaba de que la enfermedad estaba presente en la India, debido a los transportes ingleses que llegaban hasta allí. Nadie podía imaginar que los fallecimientos en aquel subcontinente, varios meses después, se contarían por millones.

El gobierno alemán insistía el 28 de julio en tranquilizar a la población enfrentada a la nueva epidemia. Téngase en cuenta que el tifus, por ejemplo, había estado presente en el frente de batalla desde el principio, causando una regular mortandad. En comparación, esta gripe española no parecía especialmente amenazadora.

“El estado sanitario de la población civil y del Ejército nacional es más favorable que el año pasado. Especialmente ha habido muy pocos casos de tifus y disentería porque el tiempo, algo

templado, y las abundantes lluvias de las últimas semanas han favorecido poco estas enfermedades...

En Alemania, como en todos los demás países europeos, apareció la ‘gripe española’, siendo en general ligeros todos los casos. La enfermedad tiene una duración de tres días, por término medio; siendo muy raro un desenlace porque la muerte de 3 por 1.000 de los atacados es un promedio muy escaso” (ABC, 28.07-8).

Si la organización sanitaria europea no existía de por sí, las comunicaciones entre los médicos eran casi imposibles dado el clima de enfrentamiento militar. Tampoco existían parámetros uniformes de validación de las investigaciones. El profesor Kolle, jefe del Instituto para Terapia Experimental en Francfort del Main y sucesor del gran bacteriólogo Paul Erlich, afirmaba el día 26 de julio que el causante de la epidemia no era el bacilo de la influenza, el de Pfeiffer, sino

“Un microbio especial que se desarrolla, al ser cultivado, en largas cadenas; en parte aisladamente, y en parte con el ‘pneuma kokkus’. Kolle considera como rebatida la opinión de que la gripe española sea una epidemia de influenza, tratándose más bien de bacterias de infección secundaria” (La Acción, 26.07-4).

Lo curioso es que, sólo dos semanas antes, otro prestigioso médico de la Universidad de Halle, el doctor Schuermann, afirmaba haber demostrado exactamente lo contrario: en un solo caso de paciente de la gripe, descubrió el bacilo de la influenza, demostrando así, a su parecer, que ambas epidemias eran la misma y no motivadas por algún estreptococo, como afirmaban otros.

Como se puede apreciar, las limitaciones técnicas de la época y el deseo tal vez de que las propias investigaciones tuvieran un eco propagandístico, hacían que surgieran interpretaciones contrapuestas apoyadas en datos parciales de la realidad clínica. Eso daba lugar a que cualquiera pudiera sostener la teoría o el descubrimiento que podría ser relevante para la comunidad internacional. El 2 de septiembre apareció la noticia de que un tal doctor Saccone, del hospital militar de Tarento, había descubierto un micrococo semejante al tetrógeno (de ahí el llamarle “mietetetrógeno”). Tenía la forma de “un bacilo de variable tamaño, agrupado en cuatro elementos o diseminado en diplococos y en individuos aislados”.

Se anunciaba en “El Imparcial” como el agente etiológico de la gripe española correspondiendo entonces al doctor Saccone la gloria de haberlo descubierto y aislado. Tan sólo unos días más tarde, se registraron comentarios más ecuanímenes, en el sentido de que lo descubierto por dicho doctor podría ser llamado en todo caso “gripe de Tarento”. Sonaba pretencioso afirmar que fuera el agente de la gripe española teniendo en cuenta que el mencionado médico no había examinado pacientes en otro lugar que en el suyo. Poco después, nadie volvía a mencionar al doctor italiano, de fama internacional pero efímera.

Para entonces, otras serían las preocupaciones de las autoridades nacionales españolas, asaltadas por una nueva oleada de gripe que habría de causar finalmente una mortandad estimada en el 1,5 % de la población española.

## La segunda oleada

Hubo tres oleadas de la mal llamada gripe española. La primera, bastante benigna en sus consecuencias, ya ha sido descrita. La segunda, que se iniciaría en septiembre de aquel año de 1918 extendiéndose hasta diciembre, llevaría el luto y la desgracia a miles de hogares españoles, particularmente en los pueblos, contándose los muertos por millares finalmente.

Hoy se saben algunas cosas que permiten comprender el curso de la epidemia en esa segunda oleada, aún ignorándose algunas circunstancias que parecen no poder esclarecerse nunca. Los bacteriólogos asistirían desconcertados y enredados en discusiones ante el avance imparable de la epidemia con su reguero de fallecidos. Los análisis revelaban una nutrida fauna de bacilos variados: meningococos, estafilococos, bacilos de Pfeiffer, etc., sin que pudiera aclararse cuál era el agente activo de la gripe, cuál su causante, por qué alguno de ellos, según parecía, aumentaba de forma tan notable su virulencia.

Todavía hoy se ignoran algunas cuestiones fundamentales de esta segunda oleada. Los estudios posteriores sobre cadáveres bien conservados han permitido deducir que el virus era de origen aviar y sometido a una variación en sus antígenos de superficie hasta originar el denominado H1N1. Pero ¿por qué surgió ese cambio? ¿por qué aquella gripe se desarrolló excepcionalmente en tres oleadas consecutivas? ¿cuál fue el motivo inexplicado de que afectase sobre todo a jóvenes de entre 20 y 40 años? Nada de esto ha podido encontrar a día de hoy una respuesta adecuada. La falta de medios por entonces hizo que el agente causal, el nuevo virus, permaneciese oculto al examen de los bacteriólogos.

Cuando comenzaba el mes de septiembre, en España se celebraban las últimas fiestas religiosas en los pueblos: grandes aglomeraciones donde se reunían personas tanto de la localidad que celebraba la fiesta como de todos los alrededores. Los historiadores coinciden en apreciar que estas grandes reuniones consiguieron esparcir rápida y extensamente el nuevo brote epidémico.

La primera noticia que aparece en los diarios madrileños se refería a Lorca (Murcia). Se hablaba el 6 de septiembre, sin precisar, de que había muchos afectados por la gripe y que los escasos médicos se veían desbordados, habiendo uno por cada 200 afectados. El pueblo se quejaba de la falta de medios desinfectantes, de la ausencia de higiene general, exigiendo a las autoridades que pusieran remedio a una situación que empezaba a provocar la alarma en toda la provincia murciana.

Una semana después se comunicaba que la situación en la provincia de Castellón era similar, con un número muy crecido de afectados. Las autoridades sostenían que no había motivo de alarma, que esta gripe parecía igual de benigna que la sucedida en el mes de mayo. Para el día 12 la gripe de Lorca se declaraba en la vecina Águilas, registrándose unos 1.000 afectados de los cuales un número alarmante fallecían, en algún caso de manera fulminante, en menos de 24 horas. La urgencia de la situación, el pánico de la población, se adivina en los artículos periodísticos, algunos de los cuales mencionan la necesidad de no sembrar una alarma innecesaria y peligrosa, pese a lo cual no pueden dejar de informar de algunos detalles bien reveladores.

Uno de los periódicos afirma, por ejemplo, que a mediados de septiembre la situación en Alicante y, en concreto, en San Vicente del Raspeig, es buena, que la gripe parece remitir y también el número de afectados. Pero luego, entre noticias que traslucen tranquilidad y optimismo, incluye un comentario:

“Las autoridades, para evitar la depresión de ánimos, han dispuesto que ya no doblen las campanas de la iglesia a muerto, ni siquiera para los funerales” (El Liberal, 15.09-2).

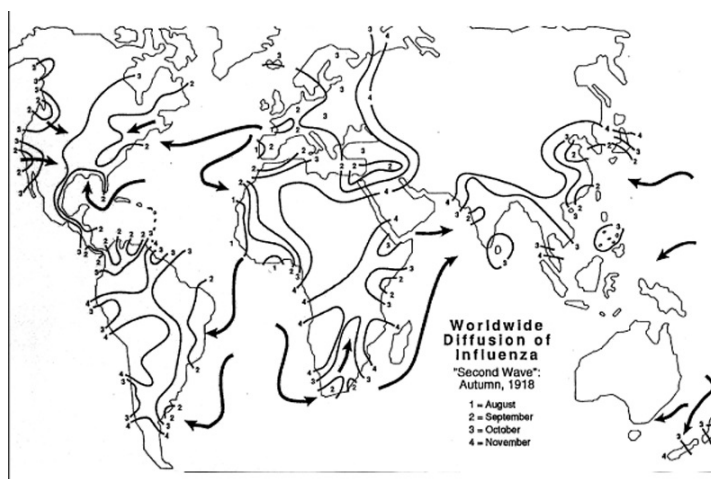
En esos días las noticias empiezan a multiplicarse en los diarios, incluyendo crecientes críticas al gobierno, incapaz de enfrentarse a los hechos. “El País”, por ejemplo, resume en cierto modo la situación:

“La ‘gripe’, rebautizada con chabacanos motes en muchas poblaciones de España, no ha dejado, ni en pleno verano, de hacer bajas. Se ha exacerbado en algunas regiones. No es que haya vuelto, porque no se fue, y ahora, aún más que antes, degenera en tifus y pulmonía. Es un motivo de preocupación...

Otro motivo de preocupación es la virulencia que ha tomado en algunos pueblos de las provincias de Valencia, Castellón y Murcia la endémica fiebre tifoidea. ¿Hay otros motivos de alarma? El silencio a que el Gobierno tiene acostumbrado al país, es alarmista, dañino, perjudicialísimo. Ha dado origen a rumores, agravados por la censura telegráfica, de casos ocurridos en la frontera francesa... El Gobierno debe decir la verdad. Debe, ante todo, rectificar su conducta, porque hoy, aunque diga la verdad, no se le cree” (El País, 13.09-1).

Los rumores parecen haber ido en la buena dirección. No se sabe cuál fue el origen exacto de esta segunda oleada de gripe, la más mortal, dentro de Europa. En agosto ya se dieron casos de extrema gravedad de nuevo en la francesa Brest, lugar donde llegaban y marchaban soldados norteamericanos, algunos de ellos enfermos, y también Oporto. Sin embargo, en el Levante español se había registrado un sospechoso aumento de casos graves que no tardarían en provocar la alarma general en cuanto se extendieran masivamente a gran parte de la población de aquellas provincias.

La segunda oleada parece cronológicamente haber surgido en fechas simultáneas en tres lugares diferentes, lo que produce aún más perplejidad en cuanto a los motivos de que el virus y su mortalidad cambiaran de una manera tan repentina. Lo que resulta indudable es el cauce de contagio existente entre Francia, España y Portugal, siguiendo la línea férrea. El Gobierno fue consciente de estas vías de contagio si bien sus medidas resultaron completamente ineficaces, como pronto se verá.



En todo caso, al día siguiente de la exigencia planteada en el diario “El País”, hubo un comunicado oficioso del subsecretario de Gobernación que resulta un elemento fundamental para entender el modo en que intentaban enfrentarse a una expansión casi incontrolada de la epidemia:

“Se ha recrudecido la gripe en España hasta el punto de presentarse distintos focos en muchas provincias, con carácter expansivo, gran número de ataques y la mortalidad propia de la gripe, causada por complicaciones bronco pulmonares. Se recomienda a los pueblos el posible aislamiento de los enfermos y evitar la aglomeración de gente en sitios cerrados, que facilitan el contagio, y emplear medidas de desinfección y profilaxis general propias de estos casos” (El Sol, 13.09-2).

La cuestión es que, además de ser unas medidas insuficientes, la extensión de la epidemia y su aparición en pueblos poco higiénicos e infradotados de medios desinfectantes, además de con un número de médicos muy reducido, desbordarían las reducidas posibilidades de aplicar las medidas anunciadas. El día 14, por ejemplo, se comunicaba desde el pequeño pueblo de Pego (Alicante) la existencia de 700 enfermos que estaban a cargo de cuatro médicos, en principio, pero que realmente eran dos porque uno estaba enfermo y otro fallecido de gripe.

Considerando las vías de contagio, el subsecretario Sr. Rosado también anunciaba medidas que, a esas alturas, eran considerablemente ineficaces:

“Respecto a medidas tomadas en la frontera, para evitar la importación de las enfermedades existentes en Francia, se han puesto en función activa todas las estaciones sanitarias de la frontera francesa, que son las siguientes: Dos de primera clase, una de ellas en Port Bou y otra en Irún...

Todas estas estaciones están dotadas de médico, estufa de desinfección por vapor, pulverizadores, personal de maquinistas y desinfectores de cuantos elementos sean necesarios para su funcionamiento” (Idem).

Sin embargo, si la gripe ya estaba en el interior del país, resulta cuanto menos cuestionable la eficacia de tales medidas, además de mal aplicadas como se verá enseguida. Se detuvieron vagones llenos de trabajadores portugueses, se les alejó a una vía muerta para tenerles en práctica cuarentena, se originaron incluso problemas diplomáticos al cerrar numerosos pasos fronterizos con Portugal.

“El Castellano”, diario burgalés, denunciaba el día 14 el peligro que suponía para la población castellana el paso continuo de trabajadores desde o hacia la vecina Portugal, revelando de paso la ineficacia del control en la frontera, por cuanto los que pasaban en aparente buen estado bien podían

enfermar al día siguiente de atravesarla.

“Con ser esto grave... lo es mucho más ese paso diario de obreros portugueses por nuestra estación camino de Francia. Esos obreros, hemos tenido ocasión de verlos, van en un estado lamentable de miseria y suciedad, y pueden ser unos propagadores de infecciones y epidemias, tanto más cuanto es sabido que a ellas son debidas algunas de aquellas que se han presentado en pueblos fronterizos a Portugal.

Y sobrepasa en gravedad a lo dicho los casos que vamos a denunciar. Ayer por la mañana, a primera hora, pasó un tren con 41 portugueses enfermos de gripe. Por noticias que tenemos por fidedignas, en el mismo tren iba el cadáver de un portugués que había fallecido durante el trayecto. Los compañeros del muerto pretendieron dejar aquel cadáver en Burgos, a lo que se opuso la Benemérita” (Cit. en La Acción, 14.09-5).

En efecto, parece que las vías de contagio coincidieron en gran medida con las férreas. Por una parte, desde el paso de Port Bou se fue extendiendo por Cataluña, provincias de Levante hasta Almería acompañando a los trabajadores españoles que iban o venían del sur de Francia y su vendimia. Por otro lado, los trabajadores portugueses en las mismas tareas circulaban desde su país hacia Irún o viceversa, llevando consigo por toda Castilla el rastro de la epidemia. En otras palabras, la gripe encontraba a muchas de las regiones que no habían sido seriamente afectadas en el primer brote de la primavera. En ellas, sus habitantes, que se salvaron entonces, carecían de defensas frente a esta nueva y nociva forma de la gripe española.



6. Segunda onda epidémica en España (Echeverri 1993, 93)

Así se suceden, en esos primeros días de la segunda oleada, noticias referentes a las regiones citadas. El día 13 se mencionaba el caso de Becedas (Ávila), donde se registraba además un elevado número de fallecimientos entre jóvenes, algo que llamó la atención desde el principio. Lo que no se mencionaba es que el 1 de septiembre comenzaron las fiestas populares en esta localidad abulense, reuniéndose con ese motivo los paisanos del lugar junto a visitantes de la cercana localidad salmantina de Béjar, ya por entonces salpicada por la gripe. A los pocos días de terminar las fiestas había 800 afectados en Becedas y de manera tan repentina que se llegó a sospechar que la sangre del toro sacrificado en las fiestas había envenenado a los lugareños.

En Fermoselle (Zamora) se volvía a mencionar la alta mortalidad registrada en esta ola de gripe, anunciando la que sería una de las provincias con mayor índice de fallecimientos de España durante los siguientes meses.

En esta primera quincena de septiembre lo que los diarios transmiten es el creciente estado de alarma, cuando no de pánico, que se vivía en estos pueblos desprovistos de médicos y todo tipo de medios para combatir esta epidemia terrible que empezaba a llevarse por delante a un número crecido de habitantes, en particular los que en principio debían resistir mejor la enfermedad, como eran los



jóvenes.

## **Muerte en los cuarteles**

La segunda quincena de septiembre fue el período en que la gripe invadió los acuartelamientos. En aquellas fechas se recibía a los nuevos reclutas para la instrucción. El día 17 se informaba de un recrudecimiento de la epidemia en diversos cuarteles, lo que daba paso al comienzo de las críticas (que no harían más que aumentar) sobre las condiciones higiénicas de los mismos, la inexistencia de habitaciones destinadas a enfermerías, las condiciones de hacinamiento cuando los dormitorios excedían su capacidad hasta en el doble de la inicialmente prevista.

Las noticias se fueron acumulando a lo largo de los días: 300 soldados enfermos en el Hospital Militar de Cartagena, casi 200 en el de Cádiz, también en Granada y otros lugares. Sin embargo, por su gravedad y cercanía a Madrid dos fueron los cuarteles que atrajeron la atención de la prensa madrileña: el más próximo, el Hospital Militar de Carabanchel, y el más emblemático por su importancia, el cuartel de San Ildefonso en la Granja segoviana.

El día 18 se le preguntó al Sr. Rosado, el subsecretario de Gobernación (la cara visible del Gobierno durante este tiempo) qué había de verdad en una epidemia que afectaba a soldados ingresados en Carabanchel. A pesar de la tranquilidad a la que llamaba el político y a sus referencias a la benignidad general de la enfermedad, se vio obligado a comunicar que en ese día había 285 internados de los cuales, en tres días, habían muerto 37. Para entonces, en la Granja, se mencionaban 132 afectados con tres fallecidos el primer día.

Interrogado al respecto el ministro de la Guerra, el respetado general Marina, al día siguiente, cuando iba a entrar en la reunión del Gabinete, dijo tener constancia de hasta 4.000 afectados en toda España sin mencionar que el número iba creciendo por momentos. Los periódicos, esos días, se hacían eco de numerosos telegramas confirmando la presencia de la gripe en los acuartelamientos:

“Pamplona. Ayer murió un soldado de cuota, no hospitalizado. Entre los soldados sigue propagándose la gripe. Los médicos militares estudian los casos que se han presentado, en los que han abundado las hemorragias internas...

El Ferrol. De manera alarmante se ha recrudecido la epidemia de gripe entre los soldados de artillería. Hoy han fallecido cuatro en el Hospital Militar...

Orense. En el cuartel de San Francisco, donde se aloja un destacamento del regimiento de Zamora, se ha declarado la epidemia gripal. Los casos ascienden a 40” (La Nación, 19.09-5).

A la extensión se unía la gravedad. Los casos presentados no siempre eran benignos sino que degeneraban en una “pulmonía purulenta” junto a hemorragias internas, muchas de ellas nasales, hasta terminar en la muerte. Lo más terrible de todo era que ésta podía sobrevenir en muy poco espacio de tiempo. Se daban casos de soldados que hacían la instrucción y caían redondos al suelo para morir horas después.

“El desarrollo del mal es tan rápido, que en ocasiones no ha habido tiempo de prestar a los enfermos otros auxilios que los de la religión. Sigue observándose que casi todos los atacados son quintos excedentes de cupo de los llamados hace poco para la instrucción, dándose la circunstancia de no registrarse un solo caso de complicación en los veteranos” (Siglo Futuro, 19.09-1).

Este aspecto llamó constantemente la atención a los observadores sin que se le encontrara una explicación plausible. Los mozos llegaban del campo, de sus pueblos, para incorporarse a la instrucción militar obligatoria. A los pocos días, una vez llegados al cuartel, caían fulminados por la gripe alcanzándose una mortalidad alarmante. Los que eran soldados veteranos, residentes en el cuartel desde hacía tiempo, prácticamente no sufrían ninguna baja, ni siquiera como afectados por la gripe. ¿Por qué era eso?

Hoy en día sabemos que estos últimos habían pasado, en la mayoría de los casos, por la gripe primaveral que aumentó sus defensas de manera notable frente a la nueva oleada de gripe. Los quintos que llegaban desde el pueblo se habían librado de la primera ola pero no tenían defensa alguna frente a la segunda, que les alcanzaba en unos barracones donde faltaba higiene, desinfección y el virus gripal se extendía con una enorme rapidez.

Entonces no se disponía de esta explicación y la distinta vulnerabilidad se achacó, fundamentalmente, a las condiciones en que llegaban los nuevos soldados. Venían sin haber conocido en su vida las más elementales nociones de higiene, la mayoría no sabía lo que era una ducha ni tenían costumbre de bañarse. La crisis de las subsistencias, que afectaba con regular escándalo a las ciudades (incluida la Corte madrileña) era habitual en las zonas rurales sin que nadie prestara especial atención al hecho, de manera que los mozos llegaban en un estado insalubre y con gran debilidad nutricional. En suma, muy receptivos a cualquier enfermedad.

Mientras tanto, la situación en el cuartel de la Granja era cada vez más grave:

“Acaso sea en el Real Sitio de San Ildefonso donde relativamente ha hecho más estragos la epidemia reinante en el Ejército. Nada menos que diez y ocho reclutas iban enterrados ayer, y hay noticias de estar agonizando casi otros tantos. El número de enfermos es en total 180, de los cuales 50 lo están de gravedad” (El Sol, 23.09-2).

Y luego se hacen dos reflexiones que salpicarán las páginas de los periódicos durante esos días:

“La circunstancia de carecer de agua los cuartos de aseo y retretes de los cuarteles de la Granja y el hacinamiento de reclutas en los dormitorios, pueden ser causas que expliquen el enorme número de bajas habidas en el batallón de Saboya allí acuartelado, y como es imposible acamparlos en tiendas, pues el frío haría seguramente más víctimas, no hay otra solución que licenciar a los sanos y quedarse allí con los enfermos” (Ibid.).

La gestión de la epidemia en este cuartel no quedaba exenta de críticas. “La Época” del día 24,

bajo el título “La Granja. El veraneo termina un poco precipitadamente” comentaba el hecho de que, en un cuartel habilitado para 600 hombres hubiese 1.000. Lo peor, de todos modos, además de las condiciones higiénicas que se calificaban de “propias de los tiempos de Fernando VII”, es el hecho de que los reclutas hacían su instrucción, no en los cercanos bosques de Valsaín, o en la Pradera del Hospital, sino por las mismas calles de la población, causando la alarma del vecindario y de todos los veraneantes, que contemplaban además regularmente el paso continuo de camillas camino del hospital y fallecidos que venían del mismo.

Una de las cuestiones planteadas era si licenciar a los soldados recién llegados, habida cuenta de que eran los más proclives a verse infectados por la gripe. ¿Se les debía alejar de la población de origen, del núcleo familiar, a costa de tenerlos hacinados entre otros enfermos? Ante la falta de instalaciones para que fueran debidamente aislados y el temor de que fueran agentes que multiplicaran la propagación ¿se debía licenciar a los que parecieran sanos? No se tomó una decisión global al respecto de manera que había cuarteles que, incapaces de atender a los cientos de afectados, los licenciaban y otros no. En cualquier caso y, como se temía, los soldados aparentemente sanos no lo estaban en realidad de manera que muchos de ellos, al llegar a su pueblo de origen, extenderían incontroladamente la epidemia.

Era tal la gravedad comparativa de lo que sucedía en los cuarteles de toda España que la imaginación popular dio en pensar que el culpable de todo lo que sucedía eran las vacunas que se inyectaban a los nuevos quintos cuando llegaban a su destino. Las autoridades militares advirtieron que sólo se les proporcionaba en realidad la vacuna contra la viruela, lo que originó otra serie de críticas ante la inexistencia de protección frente a otras enfermedades endémicas en la población española.

El rumor popular, persistente pese a todo, quedó descartado desde las páginas de algunos periódicos, que se hicieron eco de informes concluyentes: muchos soldados llegaban habiendo sido vacunados en sus pueblos, otros lo eran al llegar al cuartel, y no se apreciaba diferencia entre ellos a la hora de ser afectados.

De manera que las críticas se volvieron casi en exclusiva hacia las condiciones de vida en estos establecimientos militares.

“Basta visitar la mayoría de nuestros cuarteles y conocer cómo viven en ellos nuestros soldados para explicarse la actual epidemia y todas las epidemias posibles. ¿Pero es que en esos caserones viejos, lóbregos, húmedos, nunca soleados interiormente, donde, por falta de la debida ventilación, el aire resulta siempre ponzoñoso, donde se carece del agua suficiente y del espacio necesario, puede haber higiene ni confianza en guardar la salud del soldado español?... ¿Y la desinfección? ¿Posee algún regimiento español una estufa fija de Geneste y Horscher? ¿Poseen lavadoras de platos? ¿Poseen siquiera pulverizadores Vaillard? Pues si ninguno posee estas pequeñas armas de desinfección y los casones son viejos y el hacinamiento enorme ¿a quién puede chocar la preferencia de la actual epidemia, y de todas las epidemias habidas y por haber, por los soldados?” (El País, 25.09-1).

Este periódico, de carácter republicano, tomó este hecho para ejercer una severa crítica al Gobierno, habida cuenta de que en aquellos momentos los políticos conservadores (Dato, La Cierva, etc.) discutían sobre necesarias reformas militares. Incluso se atrevía a levantar la voz afirmando que esas reformas empezaban por las condiciones de vida en los cuarteles y, mientras estos mostraran tales debilidades, no era procedente siquiera sostener una guerra en Marruecos.

Mientras tanto, la gripe se extendía por el norte de la Península, aún con algunos brotes importantes en Granada o Cádiz, casi siempre en referencia a los acuartelamientos de la zona donde

llegaban quintos desde lugares alejados. Las noticias se sucedían, siempre apuntando a la meseta castellana, a Levante y Galicia. Así será durante los siguientes meses también, particularmente en octubre, el de mayor mortandad en la Península. Cuando se leen las crónicas de la época se encuentra que las informaciones viven el día a día, abrumadas por los telegramas que llegan a las redacciones desde los lugares más alejados y dispersos, informando de cientos de afectados, decenas de muertos. Resulta casi imposible tener una perspectiva general de lo que estaba sucediendo, algo que sólo daría el tiempo y cuyas conclusiones expondremos en estas páginas para mejor comprensión del lector.

Pero la sensación ante esa lectura debía ser la alarma permanente y, con ella, el miedo. Afortunadamente para Madrid y las grandes poblaciones (salvo el caso de Barcelona), esta segunda oleada afectó relativamente poco. En el mes de septiembre, con todas las alertas funcionando, se constataba la presencia de gripe en el Hospital Militar de Carabanchel. Por otra parte, los que enfermaban y hasta morían, solían ser personas recién llegadas a la capital desde lugares infectados. Nadie parecía extraer la sencilla conclusión (más evidente aún en el caso de los militares) de que los nuevos infectados eran precisamente aquellos que no lo habían sido en la primera oleada de gripe.

A esta nueva virulencia se unía el hecho de que la segunda oleada afectaba sobre todo al mundo rural, el que por su número más escaso de habitantes o su aislamiento, había vivido en primavera ajeno a la incidencia de la gripe en las capitales. Por otro lado, la falta de higiene, medios desinfectantes, educación sanitaria y hasta médicos presentes, era notoria. Muchos pueblos, atacados fuertemente por la epidemia, exigen en los diarios, piden y hasta imploran, ayuda médica a los gobiernos provinciales, impotentes en muchos casos para atender todos los pedidos. Al mismo tiempo, las familias vivían en unas condiciones deplorables, no sólo en cuanto a nutrición sino sobre todo en higiene.

“Castellón. En la sesión de hoy del Ayuntamiento, el alcalde, completamente emocionado, ha dado cuenta de la visita efectuada en las afueras de la ciudad, donde la gripe causa verdaderos estragos a consecuencia de la miseria y el hacinamiento en que viven multitud de familias, dándose el caso de muchos hogares de hallarse enfermos en una misma cama varios individuos” (El Liberal, 28.09-4).

Esta situación no era inhabitual e incluso, en el mundo rural, no era extraño que conviviesen en el mismo lecho sanos y enfermos. Los pueblos, prácticamente, estaban abandonados a su propia suerte, algo que sería una constante durante los meses siguientes. No había médicos suficientes para atender a centenares de enfermos, además los que había enfermaban a su vez y hasta fallecían, quedando la población sin asistencia alguna. En numerosos pueblos se hablaba de familias enteras enfermas simultáneamente e incluso que desaparecían al completo. El temor, el pánico más bien, debía de ser enorme. Del pueblo de Pego (Alicante) se supo que los sanos habían huido dejando a los enfermos abandonados en sus camas, muchos de ellos agonizando. Las escenas que, solamente con estas noticias, es posible imaginar debían ser dantescas. En relación a la provincia valenciana:

“En algunos de estos pueblos las autoridades se oponen absoluta y terminantemente a la entrada de forasteros. En Xàtiva los vecinos acompañan continuamente al médico para impedir que vaya al pueblo de al lado. En Silla había hoy 1.800 afectados. En Vallada, por haber fallecido el médico, tiene que prestar auxilio a los enfermos el cura... Al principio de la epidemia falleció el médico de dicho pueblo [Algar], y a los ocho días el que le sustituyó” (El Imparcial, 22.09-2).

“El Siglo Futuro”, un diario católico, informaba el día 23 de que toda España estaba invadida por

la gripe, que sólo en un pueblo había habido 180 fallecidos en quince días. Además, se reflejaban en la misma columna las instrucciones dadas por el Sr. Rosado a los gobernadores civiles para que impidiesen toda aglomeración de gente con motivo de fiestas y ferias, ante la constancia de ser motivo de extensión de la enfermedad.

En la columna siguiente de la misma página, se comentaban las multitudinarias celebraciones en torno al centenario de la Virgen de la Merced, en Barcelona. Vigilia, misa pontifical, besamanos e incluso:

“A las cuatro de la tarde salió de la iglesia de la Merced la procesión formada por millares de personas, entre las que figuraban innumerables congregaciones con estandartes y músicas, cortejo de congresistas, comunidades religiosas, clero parroquial y los esclavos argelinos típicos de Barcelona... El paso de la procesión por las ramblas fue presenciado por un inmenso gentío que vitoreaba y echaba flores a la Virgen” (El Siglo Futuro, 23.09-3).

Esta situación, como veremos más adelante, se repetirá en algunos pueblos castellanos, donde la población, temerosa de una gripe creciente, sacaba en andas a sus pasos religiosos pidiéndoles protección sin tener en cuenta que la misma aglomeración de fieles multiplicaba y extendía la epidemia entre los que permanecían sanos.

Junto a los soldados recién incorporados a los cuarteles, el sector profesional más afectado fue sin duda el de los médicos. Como ya se ha comentado, su falta de autoridad, particularmente en los pueblos, era notable, por cuanto sólo podían informar de la situación sin poder adoptar prácticamente decisión alguna. A ello, desde un punto de vista gremial, se unía el hecho de que, si el alcalde no declaraba el estado de epidemia, la viuda de un médico fallecido no tenía derecho a compensación alguna del Estado. Lo cierto es que muchas autoridades locales eran reacias a tal declaración. En los pueblos de Levante, por ejemplo, la declaración oficial de epidemia hubiera impedido la incorporación de todos los lugareños que, provenientes de la vendimia francesa, debían incorporarse para la recogida del arroz. Y eran precisamente estos hombres los que traían la gripe desde el país vecino.

Por todo ello tuvo lugar el día 22 de septiembre una manifestación inusual por las calles de Zaragoza: 200 médicos, presididos por figuras eminentes de la facultad de Medicina, llegaron hasta el Gobierno Civil. Allí expusieron sus peticiones de mayor autoridad e independencia en todos los órdenes para poder enfrentarse a la situación, nuevas leyes que estuvieran más acordes con los tiempos, que se les redimiese, sobre todo en el ámbito rural, del caciquismo que gravitaba sobre ellos. Estas primeras muestras de asociación de carácter sindical o gremial serían el germen de una mejora de su situación futura aunque no en ese momento, del mismo modo que esta terrible epidemia haría mucho por la instauración futura de un Ministerio de Sanidad independiente del de Gobernación.

## **Una epidemia incontrolada**

El mes de octubre y comienzos de noviembre fue el período en que la epidemia de gripe escapó a todo control, causando un número muy elevado de muertes. Fue también la enfermedad mortal de los pueblos de la meseta castellana, el norte y este de la Península. Madrid siguió librándose de la presencia del virus que causaba por entonces una considerable mortandad en otros lugares. La inquietud era grande, pese a ello, porque se temía la invasión epidémica ante la llegada de viajeros que volvían de sus vacaciones pasadas en zonas gravemente afectadas, e incluso se denunciaba la presencia de visitantes portugueses, por ejemplo, desharrapados, sucios, próximos a la mendicidad, sin reparar en que mendigos había muchos en la capital.

No se sabe con certeza cómo surgió en España la segunda oleada de gripe, la más virulenta. Cronológicamente, como se ha comentado en el capítulo anterior, surgieron brotes graves en la zona levantina ya a finales de agosto, al tiempo que aparecían en la vecina Francia. De modo que no se puede asegurar con certeza que la gripe viniera de allí. Sin embargo, las zonas en la Península más afectadas coincidieron casi exactamente con las vías por las que trabajadores de todo tipo volvían o atravesaban en su camino desde Francia.

El camino que partía de la frontera francesa en Port Bou para discurrir por el Levante español terminando en Almería, era recorrido por trabajadores españoles que habían acudido a la vendimia francesa y volvían para la recogida del arroz. Por otro lado, la ruta que partía de la frontera por Irún,

pasando por el norte de Castilla (Burgos, Valladolid) hasta llegar a Medina del Campo, en esta última provincia, para repartirse en diferentes caminos en dirección a Portugal o viniendo de allí, era recorrida por trabajadores portugueses, muchos de los cuales discurrían aparentemente sanos o atravesaban como tales la frontera para enfermar en el camino.

Fueran o no estas dos las vías de penetración de la segunda oleada de gripe, lo cierto es que los periódicos de la época lo creían con certeza. Frente a ello se sostenían dos creencias complementarias que se manifestaban continuamente: los trabajadores portugueses eran los portadores del virus y el Gobierno resultaba marcadamente ineficaz para controlar su paso por España. De los trabajadores levantinos que volvían enfermos se discutía mucho menos, sólo sosteniendo la necesidad de que fueran desinfectados a su llegada a la frontera franco-española.

“Por las calles de la corte han desfilado ayer, llamando mucho la atención del vecindario, grupos de portugueses andrajosos, cargados con sus maletas y sus petates. Este desfile ha producido, como es consiguiente, una malísima impresión. Los grupos a que nos referimos han paseado por los lugares más céntricos de Madrid, incluso por la Puerta del Sol...

Esas caravanas de portugueses... no debieron entrar en Madrid. ¿Por qué han entrado? Si la campaña sanitaria ha de reducirse a papeles escritos, si las determinaciones que se adopten, por muy acertadas que sean, no se han de cumplir, echémonos a temblar” (La Acción, 1.10-2).

Ese mismo día se informaba de que el marqués de Alhucemas, ministro de la Gobernación, Sr. García Prieto, viajaba con el Director de Sanidad, Sr. Martín Salazar, hasta el llamado “foco de Medina del Campo”. El pueblo era lugar de paso de todos los portugueses que marchaban camino de su país, núcleo de comunicaciones con varias rutas hacia tierras lusas que comportaban una estancia de varias horas al menos de los viajeros en la estación.

Las instrucciones eran estrictas sobre el papel, como decía “La Acción”: los viajeros debían tener el visado de paso expedido en la frontera por el equipo médico que les hubiera revisado. Aún así, iban en vagones sellados de los que no podían bajar. Cuando llegaban a Medina del Campo se les apartaba a una vía muerta donde permanecían hasta que eran enlazados con los trenes que les llevaban a su destino. De que esto se llevara a cabo y nadie bajara de los vagones se cuidaba la Guardia Civil.

El ministro y el director llegaron sin aviso previo a la estación para comprobar que todo se llevaba a cabo siguiendo las normas. Según “ABC”, confirmaron que era así salvo en el caso de la desinfección de los vagones, de cuya labor mencionan algunas deficiencias que fueron corregidas de inmediato.

Sin embargo, la gripe hacía estragos en muchas poblaciones salmantinas así como en Extremadura. Se hablaba de una situación muy alarmante en el país vecino. Las instrucciones dadas despiden un claro sabor a xenofobia:

“En la frontera portuguesa se extreman las precauciones, permitiéndose la entrada en territorio español únicamente a los españoles que deseen repatriarse. A aquellos otros que para asuntos de negocios hacen frecuentes viajes a la nación vecina, sólo se les permitirá una vez el regreso. El gobernador civil publica en la Prensa unas advertencias a los viajeros no españoles sobre las prácticas de desinfección que se practicarán en la frontera. Son éstas tan rigurosas que seguramente los portugueses preferirán no intentar pasar a nuestro territorio” (El Imparcial, 1.10-3).

Parece, pues, que la desinfección rigurosa se efectuaba sobre los extranjeros pero no los nacionales a los que, incluso, se les permitía pasar a resolver sus negocios al menos una vez. No es

extraño que ante este efectivo acordonamiento de la frontera, el país vecino protestase oficialmente al quedar incomunicado por tierra con el resto de Europa.

El 6 de octubre se informaba desde Bilbao que un grupo de portugueses habían llegado procedentes de la frontera francesa. No parecían estar enfermos pero sí en la miseria. Habían recibido dos pesetas de su Consulado y, tras acabárseles, se encontraban en la indigencia por lo que solicitaban una ayuda, seguramente para proseguir su viaje. El alcalde respondió: “Que no podía ayudarles porque necesitaban los socorros los obreros hijos de Bilbao” (La Correspondencia de España, 6.10-5). Ante la sospecha del vecindario, que culpaba a los recién llegados de traer la gripe, ordenó que fueran llevados hasta un centro de desinfección para su aseo.

El temor era tan grande que el rechazo, dirigido sobre todo a los que no eran nacionales, podía extenderse a todo tipo de extraño. El día 7 de octubre, el mismo en que moría de gripe Estefanía, una de las hijas del Sr. Maura (suceso que demostraba que la enfermedad llegaba a todas las clases sociales), se informaba de la llegada de un barco a Las Palmas de Gran Canaria.

“Toda la isla muéstrase alarmada por la presencia en estas aguas del vapor *Infanta Isabel*, llegado ayer de La Coruña. Conduce 1.300 pasajeros, en su más alta proporción emigrantes, que se dirigen a Cuba. Durante la travesía de La Coruña a Las Palmas ocurrieron a bordo cien invasiones. Una vez fondeado, se tuvo noticias del fallecimiento de tres pasajeros. Además, el número de atacados se había elevado a 200.

La situación aparecía más complicada al exigir el capitán que se le permitiera desembarcar a los enfermos. A esta operación se oponían las autoridades y la Junta de Sanidad. No se autorizó el desembarque de pasajeros ni la entrada al buque de persona alguna. El público, que invadió el muelle, guardaba una actitud hostil y se hallaba dispuesto a oponerse al desembarco de los atacados” (ABC, 7.10-15).

Se llegó finalmente al compromiso de llevar el buque 20 km. lejos de Las Palmas, hasta la bahía de Gando, donde finalmente se pudo alojar a los enfermos en unas instalaciones que se proyectaba dedicar a manicomio. Sin embargo, como denunciaron los periódicos al día siguiente, este antiguo lazareto aún no se había rehabilitado y estaba en franco abandono, sin ventilación al carecer de ventanas algunos pabellones, en estado ruinoso otros, sin posibilidad de que se hiciera un verdadero tratamiento desinfectante a los enfermos (ese día ya ascendían a 300), ni se evitara el contagio con el entorno. Se apuntaba entonces que las autoridades debían haber rechazado a los barcos para que volvieran a su lugar de destino, donde pudieran ser desinfectados adecuadamente. Es posible imaginar qué terrible pesadilla habría sido un viaje de vuelta para aquellos humildes emigrantes gallegos, encerrados en tan reducido espacio con un número creciente de enfermos y fallecidos, cuestión que ningún periódico mencionaba.

El día 11, efectivamente, el barco hizo el viaje de vuelta que, según el capitán, habría de concluirse en cinco días marchando a toda máquina. Para entonces había ya más de 40 pasajeros fallecidos y otros tantos se encontraban en grave estado. Todos embarcaron de vuelta porque el viaje a Cuba ya se hacía imposible. Dos días antes, el ministro de Fomento había decretado, a la vista de este caso, la suspensión temporal de la emigración desde todos los puertos españoles. No hay mayores testimonios de la tragedia vivida en el *Infanta Isabel* por aquellos emigrantes que volvían a su lugar de origen de donde habían salido huyendo de la pobreza para caer en la enfermedad y la muerte.

Mientras tanto, el mapa de la extensión gripal se definía con mayor claridad. Todo el norte, la meseta castellana y el levante peninsular registraban un gran número de infectados, sobre todo en los pueblos. Eso no quiere decir que otras regiones se vieran libres de la epidemia, pero su incidencia era



considerablemente inferior. En Madrid había casos aislados, incluso algunos pueblos de la provincia se veían invadidos de gripe pero, extrañamente, la capital registraba casos incidentales, a pesar de lo cual se escribían continuas críticas respecto a la mala organización sanitaria, la deficiente desinfección de los locales, etc.

También se registraban casos importantes en Granada, por ejemplo, o en Sevilla. Y en Cádiz, donde el aumento de los casos se achacaba (con bastante razón) al licenciamiento de los soldados de reemplazo que ya era generalizado en los cuarteles. Los quintos, en muchos casos ya con gripe, marchaban a sus casas para ser atendidos, propagando la enfermedad en todo su ámbito familiar y local. Precisamente el día 14 de octubre, desde la localidad gaditana de San Roque, llegaba una noticia estremecedora: la mujer del capitán de Carabineros, Rafael Herrera, viéndole en muy grave estado por la gripe, le propuso un suicidio conjunto a base de ingerir pastillas. La noticia de su muerte, reflejada en todos los diarios nacionales, vino acompañada por la escueta referencia de que dejaban cinco hijos de corta edad, lo que hace más incomprensible la resolución de aquella mujer. Sin embargo, otros suicidios fueron registrados entre médicos, funcionarios, personas que desesperaban de su condición, alguno incluso en un estado no muy avanzado de la enfermedad.

Frecuentemente se hacía notar el hecho de que la epidemia recayera en el mundo rural, donde los medios de tratamiento y el servicio médico eran más escasos. Ante la ausencia de facultativos que atendieran tan ingente número de pacientes, algunos incluso enfermos o fallecidos, hasta los estudiantes de Medicina (por ejemplo, en Zaragoza) se ofrecieron para atender a los afectados, algo que fue admitido por las autoridades, incapaces de dar abasto a todas las necesidades.

También se observaba que la gripe era más fuerte en aquellos lugares donde la enfermedad no había llegado en primavera, mientras que se hacía más leve cuando en el mes de mayo los afectados habían sido muchos. Madrid era un caso emblemático en ese sentido. Algunos periódicos hablaban de este hecho sin comprender el porqué de esa aparente “inmunidad”, como mencionaban.

Los periódicos madrileños registraban a diario las incidencias en provincias, algo que no era muy del gusto del Ministerio de Gobernación por el hecho de “sembrar la alarma”. Los comunicados gubernamentales que desgranaba frecuentemente el Sr. Rosado iban siempre en la misma línea: se estaba tomando todo tipo de precauciones sanitarias, se enviaban medios de socorro a las localidades que lo pedían, incluso se criticaba que algunas no deseaban pedirlos para poder celebrar alguna festividad sin problemas. Se resaltaba alguna mejoría por cuanto los casos disminuían, siquiera en un día concreto, se llamaba a respetar los consejos médicos y las medidas higiénicas para finalmente, hacer una relación de las informaciones recibidas con el número de afectados en distintos lugares de España, sin que mediara estadística alguna que permitiese comprender otra cosa que la diversidad de lugares donde la gripe actuaba.

Las críticas se sucedían:

“¿Qué espera el Gobierno? ¿Piensa aplicar a este conflicto español el acreditado procedimiento de dilaciones que ha venido aplicando a otros conflictos? ¿Cree que puede dejar para la semana entrante –como se ha hecho en otros problemas- la adopción de medidas para combatir el daño? ... El Gobierno –siempre diplomático y parsimonioso- se contenta con poner en movimiento unas estufas de desinfección y unos carritos de laboratorio con líquidos molientes. Y el bacilo que se quiera asustar, que se asuste...” (El Liberal, 12.10-2).

A todos los ojos se hacía obvio que esta epidemia rebasaba la capacidad sanitaria del país. La legislación era obsoleta frente a las epidemias pero lo peor eran los escasos y limitados medios

existentes para enfrentarse a ellas. Cuando el problema se trasladaba al siempre olvidado mundo rural, las deficiencias se hacían dramáticas.

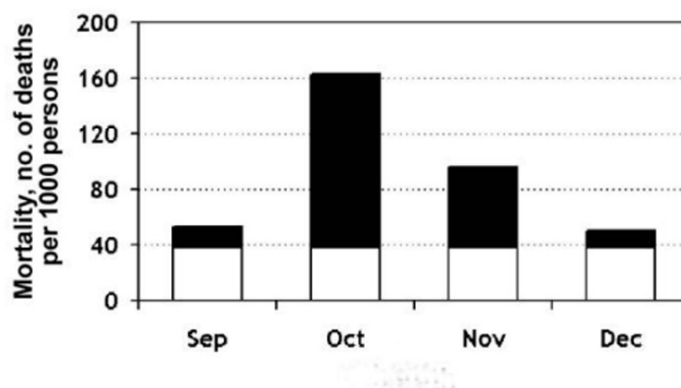
“Doscientos mil niños de menos de cinco años mueren en un año en España: es endémica la viruela, el paludismo y el tifus, la tuberculosis se lleva a una buena parte de nuestra juventud... ¿y con esta sangría constante de energías y fuentes de riqueza puede pensarse haya otros problemas nacionales de urgente solución?” (El Heraldo de Madrid, 4.10-2).

En los periódicos se va acumulando la información de manera desordenada: el día 3 hay en Zamora 2.000 afectados (provincia donde se registraría finalmente un 1 % de fallecimientos en la población); los habitantes del pueblo conquense de Uña huyen del pueblo hacia la capital, algo que se repetirá en no pocas circunstancias ante la falta de atención médica; en el pueblo vallisoletano de Olmedo se registran el día 5 de octubre 600 afectados y 15 fallecidos.

“Orense, día 6. En la capital sigue aumentando la epidemia. Muchos casos son gravísimos. Ayer se registraron ocho defunciones. Anoche un médico militar encontró en una casa de la calle de la Reina Victoria tres enfermos en una misma cama. Era un matrimonio y una hija. Esta niña, de pocos años, padecía meningitis, la madre neumonía y el padre gripe” (El Sol, 7.10-2).

Los casos, como digo, se acumulan: 34 muertos al día en Valladolid, 64 muertes registradas en Pamplona, denuncias de que en Nava del Rey (Valladolid), el carro de transporte de fallecidos hasta el cementerio es utilizado a su vuelta, sin desinfectar, para llevar la cosecha de uva al lagar. En Zorita los muertos permanecen días sin enterrar porque nadie se atreve a hacerlo por temor al contagio.

En la primera quincena de octubre, transmitiéndose con más dificultad la terrible situación de los pueblos, el lugar más llamativo donde se cebó la epidemia fue la ciudad de Barcelona. El día 6 se informaba de que numerosos trenes de emigrantes procedentes de Francia, llegaban a la estación central de modo que, como pasaba al principio en la estación de Medina del Campo, los trabajadores acampaban masivamente en las afueras de la estación esperando el tren que les llevara a sus pueblos de origen.



Mientras tanto, el servicio de tranvías funcionaba a medio gas debido a las bajas en la empresa. El “ABC” informaba escuetamente de las 610 defunciones habidas la semana anterior en la ciudad. Teniendo en cuenta que lo normal en otros años era de 235 fallecidos se cifraba en 375 los debidos a la gripe en esa semana.

Tres días después se hablaba de 225 enterramientos en un solo día. Los cementerios estaban colapsados y proponían turnos de entierro más ordenados porque los féretros llegaban en cualquier

momento, incluyendo la noche. Se aconsejaba también que la comitiva despidiera el duelo a las puertas de las parroquias por cuanto existía una considerable aglomeración en el cementerio cuando coincidían varios enterramientos a la vez. Eso sí, oficialmente se afirmaba que la epidemia de gripe estaba “estacionaria”.

En los siguientes cinco días se registraron 643 defunciones, cuando lo normal hubiera sido de 270. El día 15 de octubre se comunicaba el fallecimiento de 1.111 personas en los últimos seis días. Los datos escuetos no pueden reflejar el temor de toda la población ante el paso continuo de sepelios. Para entonces se habían dado instrucciones a muchos pueblos de que las campanas no tocaran a muerto y se sustituyeran por un solo redoble al comienzo del día.

Mientras tanto, los médicos reiteraban una y otra vez sus conocidas recetas de aislamiento del enfermo, desinfección, reposo y buenos alimentos, algo que no estaba al alcance de la mayoría de los pueblos. Estos pedían insistentemente medios desinfectantes (formol y cloruro de cal, sobre todo) y atención médica que apenas les llegaba. Incluso se registraban enfrentamientos internos entre una población aterrorizada y las autoridades municipales, muchas de las cuales se negaban incluso a declarar el estado de epidemia en su término.

Eso daba paso a distintas manifestaciones populares, no sólo de indignación sino de búsqueda de remedios. Aumentaron los casos en que actuaban curanderos, algunos con nefastos resultados, además de las consabidas rogativas a la Virgen o al santo local que congregaban a una numerosa parte de la población multiplicando el contagio entre las personas sanas que acudían. Incluso se vieron casos de reacciones clericales airadas frente a las autoridades que querían prohibir dichas aglomeraciones.

Como decíamos, Madrid sólo conoció, en la primera quincena de octubre, casos en el cuartel de Carabanchel y en diversos pueblos de la provincia. Sin embargo, se había corrido el rumor desde el principio de que la epidemia de gripe estaba motivada por la vacuna antivariólica recibida por los soldados de reemplazo a su ingreso en los cuarteles. Eso motivó una creciente resistencia a la vacunación contra la viruela, que era obligatoria, registrándose incluso encarcelamientos de ciudadanos que se negaban a ser vacunados. Las repetidas llamadas de las autoridades sanitarias y municipales asegurando la buena calidad de la vacuna y su necesidad no bastaron para evitar un recrudecimiento de la viruela en la provincia madrileña.

Algunos médicos seguían buscando en el laboratorio la causa de la enfermedad. Cuando la vida rural se desbordaba de cientos o miles de afectados y decenas de muertos, las urgencias eran otras, pero no faltaban voces que denunciaran la incapacidad médica para dar con el origen de la epidemia y establecer un remedio realmente efectivo.

En la “Revista de Sanidad Militar” publicada el 15 de octubre, se incluía un riguroso e interesante artículo analizando el papel del bacilo de Pfeiffer en la gripe. En él se planteaban serias dudas sobre tal agente como origen de la enfermedad basándose en cuatro argumentos:

- 1) Se había encontrado el bacilo en la laringe de sujetos sanos y en los esputos de tuberculosos que no habían sufrido la gripe.
- 2) Se hallaba en numerosas enfermedades respiratorias: bronquitis, pleuresías, tosferina, meningitis, etc.
- 3) Ausencia del bacilo de Pfeiffer en algunas epidemias bien estudiadas, como la de 1904-05 y el brote primaveral reciente donde algunos bacteriólogos lo encontraban y otros no.
- 4) Este bacilo nunca se encontraba puro sino asociado a otros gérmenes (estafilococos, estreptococos, pneumococos, catarralis, etc.) por lo que su acción específica era desconocida. De hecho, su inoculación en estado puro en animales no provocaba ningún síntoma gripal salvo

los propios de recibir una toxina.

Conforme a esto, se podía extraer la conclusión de que:

“¿Qué papel tiene, pues, el bacilo de Pfeiffer en la producción de la gripe? A nuestro modo de ver, la “gripe clínica” es un conjunto de formas diversas, de diverso origen. Si se acepta como tal gripe, lo que clínicamente se entiende por esta enfermedad, no podemos admitir la especificidad del bacilo de Pfeiffer... Habrá ‘gripes clínicas’ engendradas por el bacilo de Pfeiffer, pero las habrá que deben su origen al pneumococo, al catarralis, etc.” (Revista de Sanidad Militar, 15.10-9).

De manera que se planteaban asociaciones variadas de gérmenes que causaban la gripe, en vez de sostener la existencia de un solo agente, como el Pfeiffer, que había demostrado no serlo como tal sino en asociación con otros. De todos modos, se concluía, la mortalidad de la gripe venía a oscilar entre el 2 y el 10 % de los afectados, por debajo del cólera, por ejemplo, que registraba la muerte del 20 a 40% de los enfermos. Sin embargo, por una cuestión estadística, si el número de afectados era muy crecido, como pasaba en esos momentos, un índice bajo de mortalidad suponía también una cantidad insoportable de fallecimientos. Se caminaba así, a lo largo de ese álgido mes de octubre, hacia la cifra final de muertos, calculada en un cuarto de millón en España a lo largo de toda la epidemia.

## **Críticas al Gobierno**

Si algo caracteriza la segunda quincena de octubre en los medios periodísticos es la frecuencia con que intervienen médicos y políticos. Las historias desgarradoras que se encontraban anteriormente y sucedían en el medio rural, se van haciendo en cierta forma rutinarias. El número de afectados sigue creciendo en algunos pueblos, en otros decrece, Madrid se sigue librando de la ola epidémica registrando sólo casos aislados y algunos más severos en la provincia. Resulta llamativa la minusvaloración de la morbilidad propia de esta epidemia en algunos ámbitos: por supuesto el político, pero también el médico. Se aduce una mortalidad muy amplia en otras epidemias (como dijimos respecto del cólera, también en cuanto a la peste) para justificar que la achacable a la gripe (entre un 2 y un 10 % de los afectados, finalmente un 1,5 % del total de la población) no reviste tanta gravedad como las anteriores.

Uno de los motivos de que la epidemia, aún teniendo una amplia repercusión, no llegue a ser vivida en la prensa con un dramatismo acorde con los hechos, es que las grandes ciudades, con excepción de Valencia y sobre todo Barcelona, se ven libres del reguero de muertos en que se ha transformado el mundo rural. Los pueblos ven caer a sus habitantes de una manera sistemática. Lo habitual es encontrar referencias a cientos de infectados y a un curso de 20 o 30 fallecidos diarios

durante el mes de octubre. Las peticiones de ayuda se suceden, la mayoría con muy escaso éxito. De vez en cuando, se leen en los periódicos algunas noticias que permiten averiguar la situación desesperada en que vivía el pueblo español, particularmente el más humilde y residente en pueblos a los que era difícil acceder y de los que las noticias llegaban con cuentagotas.

En una gran ciudad como Bilbao, por ejemplo, se da cuenta de la especulación existente respecto de los limones, cada uno de los cuales se vende por la exorbitante cantidad de 70 céntimos. Otros casos semejantes sucederán a lo largo de octubre, denunciándose para que las autoridades emitan dictados de muy difícil cumplimiento, entre otras cosas porque no había una ley general que permitiera castigar esta especulación. Incluso los elementos básicos (las subsistencias, como se denominaban) faltaban continuamente, lo que se paliaba con el reparto de leche sobre todo, un alimento que se consideraba esencial en la recuperación de los enfermos.

Como era habitual en aquella época, las deficiencias en suministros, la falta de una alimentación adecuada, se resolvía en no pocas ocasiones a través de la caridad de grupos o personas. Sin embargo, estas actitudes eran puntuales (por ello tenían una elogiosa repercusión en la prensa) y no remediaban, finalmente, más que algún apuro momentáneo. En Bilbao, por ejemplo, se habilitó una entrega de bonos por parte del Ayuntamiento, para que los médicos se los entregaran a las familias más pobres y necesitadas. El problema es que los vendedores no aceptaban tales bonos en la desconfianza de que las depauperadas arcas municipales pudieran devolverles el coste del género entregado.

La consecuencia de este círculo vicioso de especulación privada e impotencia pública era el abandono de las personas más humildes, incapaces de enfrentarse económicamente a una crisis sanitaria de elevado coste.

“Ferrol, día 25. Para atender a los obreros atacados de gripe, las sociedades obreras propusieron que el Ayuntamiento votase un crédito; pero no se les atendió. Muchos de los atacados mueren en la mayor miseria. Entre los obreros que trabajan en las bases navales ha causado muy mal efecto el telegrama del ministro de Marina, en el que se dice no puede conceder una parte del jornal a los obreros enfermos por no existir para ello consignación en el presupuesto” (La Correspondencia de España, 26.10-2).

Vuelven a repetirse las referencias a familias enteras que desaparecen, niños que quedan huérfanos, abandonos de fallecidos sin enterrar durante varios días, así como suicidios que se desea achacar al estado de enajenación y delirio provocado por la gripe.

“Santander. Una pobre mujer de treinta y cuatro años, llamada Natalia Alacorbe, viuda y con ocho hijos, tres de ellos gravemente enfermos de gripe, intentó suicidarse, matando antes a los tres hijos que se hallaban enfermos. Para ello les hizo ingerir una gran cantidad de disolución de sublimado, tomándose ella el resto...

La pobre madre tomó tan loca resolución en un momento de terrible desesperación por la falta total de recursos y por estar ella también atacada de la epidemia” (Ibid).

Cada varios días surgen casos así, quizá no tan terribles como el presentado. En cierta ocasión detienen a un individuo por tirarse delante del tranvía hasta dos veces consecutivas sin conseguir su propósito de acabar con su vida. Hay quienes se pegan un tiro, otros se arrojan desde una terraza elevada. No faltan los casos en que los vecinos se inquietan por la ausencia de uno de ellos hasta que, forzando la puerta las autoridades, encuentran el cadáver consumido de alguien que murió en soledad.

No es inhabitual encontrar comentarios sobre el hecho de que los cementerios estén situados en el

centro de algunas localidades, constituyendo un foco de infección permanente. La situación en las ciudades es algo diferente: hay más medios, mayor higiene, posibilidad de desinfección de personas y edificios. Se valora en muchos casos la conveniencia de cerrar teatros y cafés, algo que en ocasiones resulta innecesario porque, en lo peor de la epidemia, la gente no los frecuenta. Se emiten bandos prohibiendo la celebración del próximo Día de los Santos pero, sobre todo en los pueblos, sigue persistiendo la costumbre de pasear imágenes religiosas, hacer rogativas, novenas, triduos y todo tipo de reuniones piadosas pidiendo una protección que las autoridades se veían incapaces de proporcionar.

“Lugo. Sábado 19. Aumenta de un modo alarmante la epidemia. Desde que empezó la invasión gripal ha sido el día de hoy en que mayor número de defunciones se han registrado, pues alcanzan la cifra de 20... El vecindario da muestras de altruismo contribuyendo, mediante una suscripción popular, a suministrar medicinas y alimentos a los enfermos pobres. Mañana saldrá procesionalmente la Virgen de los Dolores para impetrar el beneficio de la salud pública. Asistirá el pueblo en masa” (ABC, 20.10-13).

Pese a que la tragedia en el mundo rural era muy grande, las informaciones periodísticas se centran muchas veces en las dos grandes capitales: Madrid y Barcelona. La situación es diametralmente opuesta en ambas. Mientras que la primera había sido una de las principales víctimas de la primera ola de gripe, la segunda se había librado en el mes de mayo. Ahora sucedía exactamente al revés pero con un balance que encendía todas las alarmas en la capital catalana.

Los números escuetos ya son llamativos por sí mismos y evocan el clima existente en una capital que mantenía cerrados los espectáculos públicos y donde muchos servicios (como Correos, tranvías, etc.) funcionaban bajo mínimos por ausencia de gran parte de su plantilla. El 25 de octubre se informaba de que, en las tres primeras semanas de ese mes, el número de fallecidos había sido de 4.748, a una media de unos doscientos diarios (la cota máxima fue de 315 en un día). En días sucesivos hubo 290, 252... Cuando el día 29 se anunciaban “sólo” 164 muertos el día anterior, las autoridades se atrevieron a hablar de mejoría de la tremenda situación vivida.

Un periodista, Mario Aguilar, convaleciente de la gripe, recorre la ciudad trazando una semblanza de lo que encuentra. Por sus acertadas descripciones conviene citarlo en extenso:

“Voy descendiendo calmoso por este mi barrio de San Gervasio, claro y florido. Al llegar a la plaza de la parroquia, tres coches mortuorios esperan su turno de salmodias. Hay un rebullicio de clérigos, de monagos, de mozos funerarios y de familiares dolorosos. Las gentes sacan el cuerpo por balcones y puertas, con un recogimiento medroso. Hieden las hachas. Y un mismo adjetivo pone en las bocas un rictus amargo: -Es horroroso, horroroso” (El Imparcial, 18.10-1).

Para continuar:

“Ya el tranvía me entra en la ciudad. De vez en cuando, una tienda cerrada, ante el albarán mortuorio, un grupo de viandantes que se renueva. Por el paseo de Gracia, el coche de los muertos pasa, con un féretro humilde, al galope.

- Desde que he salido de casa llevo contados nueve muertos –oigo decir.

Yo cuatro, en cuatro minutos...

La gripe habrá diezariado villas y pueblos de las ruralías míseras, pero no ha intoxicado a una ciudad con la furiosa virulencia que a Barcelona. La mortalidad cotidiana normal era de unas cuarenta defunciones. Ahora cada día se traga doscientos cincuenta muertos. ¡Un muerto cada

cinco minutos! En 1914 la epidemia tífica, cuando más, y fue un solo día, alcanzó ciento doce fallecimientos.

- Así –pregunto-, la cantidad de enfermos será enorme.

- Más de cien mil –me responden” (Ibid.)

En Madrid, en cambio, la agitación provenía de los periódicos, más que de la población. Todos temían una infección de similares proporciones, pero la Corte parecía librarse de manera sorprendente pese a la existencia de algunos casos aislados, generalmente en personas venidas de zonas infectadas. La gripe se abrió paso en diversos pueblos de la sierra madrileña, empezando en Horcajo para seguir por Torrejón de Ardoz, Canillejas y Alcalá. Sin embargo, algún diario notaba de nuevo que, en esta última, población muy atacada por la gripe en primavera, la enfermedad no parecía tener la misma capacidad de contagio que en otras. De hecho, a primeros de octubre se informó de los fallecidos durante el mes anterior según el motivo: frente a los 30 muertos por la gripe, había 25 de fiebre tifoidea, 49 de viruela, 55 de meningitis, 54 de cáncer y hasta 149 de tuberculosis pulmonar. Se hablaba frecuentemente de la “inmunidad” de Madrid frente a la epidemia sin que nadie acertara a saber por qué, salvo para tomarlo como un hecho consumado: los que más habían sufrido la gripe en la primera oleada no eran proclives al contagio en la medida en que sí lo eran las localidades que se habían librado de aquella.

Mientras las noticias se sucedían de manera monótona, sobre todo en manos de las autoridades, que se limitaban a hacer una reseña diaria de los pueblos invadidos, de las medidas adoptadas, del número de afectados y la mortalidad encontrada, las críticas políticas empezaban a arreciar. ¿Qué hacía el Ministerio de la Gobernación? ¿Qué había hecho para evitar el impacto de la epidemia? ¿Por qué faltaban medios de modo tan clamoroso en las poblaciones rurales?

El primer ataque se registra en el “ABC” contra la labor de la Inspección de Sanidad dirigida por el doctor Martín Salazar. Inmediatamente recibe las réplicas de otros médicos, a los que el periódico contesta:

“El médico Sr. Pulido afirma en El Liberal de anteayer que ‘la epidemia actual fue ya profetizada en la primavera por el Real Consejo de Sanidad y la Academia Nacional de Medicina’. No podía, pues, estar desprevenida la Inspección General. Sin embargo, nada o casi nada ha hecho esa inspección, preferentemente ocupada de girar visitas veraniegas a los agradables sanatorios marítimos de La Pedrosa, en Santander...

Si en la primavera se esperaba este resurgimiento de la epidemia ¿por qué no se adoptaron precauciones? Si para ello hacía falta dinero ¿por qué no se pidió? Si se pidió y el Gobierno no quiso concederlo ¿cómo esos técnicos en quienes descansamos no se han dirigido al país declinando su gravísima responsabilidad y cómo no han ejercido la legítima coacción de dimitir unos cargos en los que sabían de antemano que nada podían hacer?” (ABC, 18.10-18).

Un ataque tan directo a la falta de previsión del principal responsable médico y a su posible postura “acomodaticia” debía levantar ampollas entre la clase médica. Tres días después, por ejemplo, un nuevo doctor intervenía en las páginas del diario vespertino “El Día” para discutir sobre las censuras recibidas por algunos colegas. Tras explicar detalladamente la forma clínica de la gripe, el modo de remediarla, venía a concluir en que la responsabilidad, en no pocas ocasiones, debía achacarse a los propios enfermos, por sus descuidados hábitos higiénicos.

Entre los médicos, como en muchos grupos humanos que ejercían una responsabilidad y un poder asociados, no existía ni una postura unánime ni todos sus miembros tenían la misma importancia. En

efecto, la gran mayoría de ellos recibían todo tipo de reconocimiento por su ingente trabajo, sobre todo en el caso de los médicos rurales, que en ocasiones les originaba la enfermedad, cuando no la muerte. Las críticas, en cambio, se dirigían a los médicos que rozaban el poder político o participaban de él, como era el caso del inspector general.

A la vista de estas críticas probablemente, exasperada la organización médica por su incapacidad para determinar el origen de la gripe y el remedio más efectivo, criticada por abajo y al tiempo limitada en su acción por arriba, emitió un comunicado el día 23 de octubre, tras reunión del Colegio profesional de médicos. Sus duros términos eran los siguientes:

“1ª. Que disfruten de pensión las familias de cuantos médicos hayan fallecido desde que empezó la actual epidemia...

2ª. La clase médica protesta de los honorarios mezquinos con que el Gobierno ofreció retribuir a los médicos que fuesen a sitios epidemiados.

3ª. Que el Colegio de médicos fije la retribución y proponga a los médicos que deban prestar sus servicios en las localidades donde haya epidemia.

4ª. Declinar en las autoridades gubernativas el fracaso de la actual organización sanitaria, que inutiliza a la clase médica para luchar contra la epidemia reinante.

5ª. Que se sustituya la vigente Institución de Sanidad, anticuada e inútil, por una ley de Sanidad que responda cumplidamente a sus altos fines” (El Liberal, 23.10-2).

Tras las dos primeras reclamaciones, las más importantes para el conjunto de médicos, mal pagados cuando no recibiendo una negativa a cualquier reclamación de pensión para las viudas de los médicos fallecidos, y la tercera, de marcado carácter corporativista, las dos últimas disparan la artillería contra los gobernantes. Ésta es la postura oficial de los médicos: Hay condiciones higiénicas que no se cumplen, hay métodos de desinfección que no se aplican, hay ayudas que no llegan, pero la responsabilidad es de la mala organización sanitaria, de la insuficiencia legislativa, y todo ello es responsabilidad de los gobernantes.

El mismo día 23 la cuestión llegó al Senado. Abrió las interpelaciones el doctor Espina y Capo defendiendo la labor ímproba que venían ejerciendo los médicos en España ante la falta de medios higiénicos observada en todas las localidades. El ministro de Gobernación, criticado en otros ámbitos y aquí a la defensiva, reiteró las medidas adoptadas en el ámbito de su competencia elogiando la labor desempeñada por el cuerpo de médicos, asegurando que todo el Gobierno se preocupaba por las condiciones en que realizaban su trabajo.

Después de ello insistió sobre asuntos sanitarios el reputado doctor Ortega Morejón:

“Anuncia una interpelación sobre la organización sanitaria de España y las deficiencias del funcionamiento de los hospitales. A este respecto, el orador señala escandalosos abusos cometidos en muchos de estos establecimientos benéficos, en los que no existen camas, no obstante las grandes consignaciones de que disponen. En el lazareto de Valencia, por ejemplo, hay dos camas por junto, y eso que tiene una consignación de 250.000 pesetas.

Por lo que hace a la gripe, afirma que en España es un mal endémico y no puede combatirse eficazmente. Son, por consiguiente, injustas las censuras que se han dirigido al Cuerpo de Sanidad y a los organismos sanitarios. Finalmente, solicita que el Gobierno vea el medio de conceder pensiones a las viudas de los médicos que mueran en el cumplimiento de su deber” (ABC, 23.10-7).



Con la clase médica levantada, las noticias alarmantes sobre la extensión y mortandad que el subsecretario de Gobernación estaba obligado a relacionar a los periodistas cada día, no es extraño que la sesión del Congreso al día siguiente fuera políticamente muy crítica con la acción de Gobierno.

Juan de la Cierva, líder del partido Conservador, que había sido ministro de Gobernación diez años antes, fue el primero en levantarse para hablar de la crisis sanitaria que pasaba el país. De forma sibilina insinuó que no se decía toda la verdad del asunto para preguntar después qué medidas se estaban tomando y con qué recursos se contaba.

El ministro Manuel García Prieto, del Partido Liberal, empezó culpando a la principal autoridad médica para terminar diluyendo la responsabilidad en todos los responsables locales:

“De acuerdo con la Inspección General, se hizo todo lo posible para atajar el mal. Se contaba con un crédito extraordinario, y se han facilitado con él algunos socorros... La opinión pública ve con algún recelo la actuación del Gobierno en esta materia, sin hacerse cargo de lo difícil que es atajar el mal, sobre todo cuando por culpa de todos ha habido gran abandono en la preparación de servicios higiénicos” (La Nación, 24.10-5).

El Sr. De la Cierva reconocía que era una injusticia cargar la responsabilidad en la Inspección General (convidado de piedra a esta reunión parlamentaria) y, tras unas palabras apaciguadoras sobre el hecho de que lo sucedido debía servir de enseñanza para mejorar las condiciones sanitarias en el futuro, volvía a la carga en torno a la inexistencia de estadísticas actualizadas sobre lo que estaba sucediendo. En ese momento el ministro pareció nervioso y algo destemplado en su respuesta, revelando que la ocultación de datos debía ser consciente.

“Yo no puedo traer esa lista de defunciones porque entonces dirían que la culpa es del Gobierno (Rumores). Si queréis la lista de los muertos por la gripe la traeré; esos serían poquísimos (Más rumores). Es que mueren muchos porque la gripe agrava dolencias crónicas.” (Ibid).

Aún continuó:

“Añade que oficialmente es difícil determinarlo, y que en todo caso las cifras promoverían la alarma; y el Gobierno tiene el deber, por el contrario, de contenerla, tanto más cuanto que decrece la cifra, y en Madrid, por ejemplo, de cincuenta y tantas defunciones, que es lo normal, apenas podrá señalarse alguna por gripe (Voces: ¿Y Barcelona y otras?)” (ABC, 24.10-15).

De la Cierva le responde con una obviedad de difícil respuesta que el ministro soslaya apelando a la benigna recaída de la gripe por parte del rey.

“El Sr. LA CIERVA. Tráigase una estadística de los muertos en los últimos cinco años, y con ella podrá calcularse, en virtud de la diferencia, quiénes murieron de la gripe y quiénes fueron atacados: muchas y altas personalidades.

El ministro de GOBERNACIÓN. Lo del rey no ha tenido nada que ver con la gripe” (La Nación, 24.10-5).

Intervino después el Sr. Julián Besteiro, del Partido Socialista, para criticar a ambos y señalar quiénes eran las principales víctimas de la epidemia, no sólo las grandes personalidades de las que se

había hablado:

“Dice que después de los elogios del ministro y exministros y del director de Sanidad parece que todos son perfectos y que no hay más imperfectos que los enfermos que mueren. Censura al ministro por negarse a traer las estadísticas y supone que ello obedece al sistema de sustraer todos los datos de todos los asuntos a la fiscalización parlamentaria.

Opina que la epidemia hace estragos porque da en la clase popular con organismos débiles, con desfallecidos, porque el régimen tiene abandonado el problema de la alimentación del pobre” (ABC, 24.10-15).

Al final del relato de la sesión parlamentaria, desde las páginas de “ABC”, un indignado Wenceslao Fernández Flórez apoyaba la última intervención pidiendo que se apartara del poder a “esas camarillas que son, más que inútiles, perjudiciales para el propio país” y que fueran sustituidas por técnicos competentes que se enfrentaran a los problemas reales antes de que los intereses creados los afectaran. Ciertamente, se puede percibir en estos diálogos parlamentarios, frente a una crisis tan profunda que afectaba a todos y que revelaba las deficiencias organizativas, la forma en que los dos partidos más próximos al poder (el Liberal y el Conservador) se criticaban justificando al tiempo su postura mientras el pueblo real sucumbía ante su propia ignorancia, la falta de medios y la inoperancia de aquella política de la Restauración que iba declinando, apartada de la realidad del pueblo español.

### Observaciones médicas

Actualmente, sí conocemos los datos de mortalidad que ocultaba el ministro de Gobernación “para no causar la alarma de la población”. Lo ha estudiado Echeverri para dar una cifra total de fallecidos de unos 260.000 españoles a lo largo de las tres olas epidémicas, la mitad de ellas en aquel octubre nefasto. Se exponen estos datos de la segunda oleada contabilizando el número total de fallecidos junto al cálculo que demandaba el líder conservador: el exceso respecto al número habitual de muertes en años anteriores.

Mes	Nº muertes	Exceso	Incremento
Septiembre	53.076	15.417	41 %
Octubre	163.378	125.390	330 %
Noviembre	96.112	58.390	55 %
Diciembre	50.643	12.418	33 %
<b>Total</b>	<b>362.643</b>	<b>212.678</b>	<b>141 %</b>

(Echeverri 1993, p. 121)

Se puede observar el terrible incremento de la mortalidad en el mes de octubre, llevándose la vida de muchos españoles, sobre todo en el mundo rural, particularmente entre jóvenes de 20 a 40 años. El 43 % de los fallecidos por gripe correspondieron a ese grupo de edad, algo que aún hoy queda inexplicado. Es cierto que los mayores de cuarenta habían vivido la epidemia de 1889-90 y podrían disponer de una inmunización que los menores de treinta años no poseían en modo alguno. Sin embargo, este hecho no explica por qué los niños y jóvenes menores de veinte años no presentaron tan

altas tasas de mortalidad.

Los dos factores fundamentales en el desarrollo de la gripe fueron, en primer lugar, la inmunidad adquirida en la primera oleada, y en segundo lugar, las condiciones higiénico-sanitarias y nutritivas de la población. En lo que al primer aspecto respecta, las tasas de mortalidad durante esta segunda oleada indican claramente, como ya se ha dicho, que las poblaciones más afectadas se encontraban en la meseta castellana, el norte y levante. La tasa de mortalidad respecto al total de la población en las distintas provincias, así lo señala:

Burgos .....	1,46 %
Almería .....	1,42 %
Zamora .....	1,32 %
Orense .....	1,31 %
Palencia .....	1,31 %
León .....	1,20 %

La relación completa, que puede encontrarse en la obra de Echeverri, muestra fehacientemente este hecho. La provincia de Barcelona, cuyo caso ha sido objeto de atención en páginas anteriores, presenta un índice de morbilidad de solo 0,33 % respecto al total de la población. Sin embargo, la percepción social y, sobre todo la periodística, fueron muy diferentes. Una muerte en la capital catalana tenía mayor repercusión que las que sucedían en pueblos castellanos o gallegos de los que apenas llegaban informaciones.

Por otro lado, las condiciones de alimentación repercutían considerablemente más en el mundo rural que en las capitales de provincia. Se ha comentado anteriormente sobre el problema de subsistencias que aparecía constantemente en las primeras páginas de los diarios, la falta de un suministro regular de productos básicos como la leche, la harina y el pan, además de otros, fruto de la exportación masiva y la consiguiente especulación de precios por parte de los comerciantes. Esto causaba escándalo en ciudades como Madrid, Barcelona o Valencia, por ejemplo, pero pasaba inadvertido a la opinión pública en pueblos perdidos de las provincias. Por ello, las referencias a la necesidad y falta de nutrición adecuada en los pueblos y también entre las clases más pobres, son constantes a lo largo del mes de octubre. Ello, como afirmaba Besteiro, provocaba que la epidemia se cebara en estos grupos desfavorecidos en mayor grado por encontrar cuerpos sin demasiadas defensas ante la enfermedad.

Frente a estos terribles datos están los esfuerzos médicos, redoblados en este mes de octubre. Se han tratado sus problemas laborales, algunos de ellos muy básicos, pero el aspecto más relevante era el de sus investigaciones y la búsqueda de mejores soluciones ante la epidemia en dos campos: la desinfección y el hallazgo de una posible vacuna, un suero, que previniese la gripe o al menos paliase su principal y mortal efecto, la neumonía.

La desinfección de la época era inoperante frente a la gripe, además de perjudicial en algún caso. Sin embargo, era lo más evidente que las autoridades municipales y gubernamentales podían hacer para tranquilizar a la ciudadanía. A los pueblos e incluso a las barriadas periféricas de las grandes ciudades no llegaba una formación higiénica suficiente:

“Nuestro comunicante dice que ha observado que en los barrios excéntricos, precisamente los más peligrosos y abonados para que arraigue un foco epidémico, no se riega con desinfectantes, ni siquiera con agua pura, ni se esparce cloruro de cal en las bocas de las alcantarillas.

Señala el gran peligro de las ‘cabillas’ de Magallanes y de las barriadas pobres de los Cuatro Caminos y de Bellas Vistas, y recomienda que se reparta gratuitamente entre el vecindario una cartilla con las más rudimentarias prácticas de higiene” (El Imparcial, 26.10-3).

Sin embargo, las críticas a la desinfección supuestamente más organizada se sucedían. Los lugares más adecuados para practicarla era en los medios de transporte, particularmente el tren, cuando llegaba a las grandes ciudades. El procedimiento solía consistir en hacer pasar a los pasajeros recién llegados por una única puerta mientras se les echaba una rociada de formol, un agente derivado del alcohol metílico, hoy en día considerado contraproducente por cuanto causa todo tipo de irritaciones. Pero entonces se tenía una gran fe en su capacidad desinfectante aunque no tanto en la forma de administrarlo. Los periódicos criticaban duramente que la rociada alcanzaba a un pasajero en el codo, a otro en una pierna o en el abrigo, probablemente porque además se protegían la cara frente a aquel agente químico.

Luego se lavaban los vagones con zotal, un producto parecido a la lejía que hoy sólo se emplea en establos de animales y poco más. De hecho, en una de las interpelaciones parlamentarias, al propio ministro se le escapó decir que, como todo el mundo sabía, las desinfecciones no servían para nada, pero había que seguir haciéndolas. Naturalmente, eran útiles si se quería que las autoridades salvaran la cara y nada más. También se daba el caso de que la ignorancia de dichas autoridades causaba serios peligros a los desinfectados. En Badajoz, por ejemplo, fue denunciado un procedimiento de graves implicaciones para los pasajeros que descendían de los trenes: se les introducía en una habitación donde se quemaba azufre que habían de respirar el rato que se estimase conveniente. Las autoridades centrales tuvieron que intervenir al conocer la noticia para prohibir un procedimiento tan lesivo.

Otra cosa era la desinfección de las fosas nasales y de la boca, la forma de entrada al organismo del agente patógeno. Existían algunas disoluciones que permitían hacer lavatorios recomendados en muchos casos por las autoridades sanitarias, que las repartían en paquetes allá donde se les pedía y mientras tuvieran existencias. No se ha hecho nunca una valoración económica de qué empresas y comerciantes obtuvieron pingües beneficios de estas recomendaciones que la gente y hasta los organismos oficiales seguían a la desesperada a falta de algo mejor. Numerosos anuncios prometiendo todo tipo de desinfecciones frente a la gripe se encuentran en las páginas de los diarios.

Así, de forma más económica era conocida la mezcla de sal común y bicarbonato de sosa, producto sencillo que apenas costaba 70 céntimos el kilo. Del mismo modo, la disolución de gomenol en aceite de oliva al 25 % de la primera sustancia, un aceite extraído de una planta y que aún se emplea hoy en día por su acción expectorante.

Pero había más profundas investigaciones, pruebas muchas veces guiadas por el ensayo y error, todo con el objetivo de aliviar y mejorar al enfermo evitando o curando la neumonía, complicación habitual y causa de muerte en muchos casos. No cabe duda de que la clase médica deseaba dar respuesta a los interrogantes que esta epidemia planteaba, además del honor de ser los autores de algún método que procurase el alivio o la curación deseadas.

El día 18 de octubre “La Acción” presentaba a toda página y, bajo el ambicioso título de: “La cura de la gripe por el yodo”, un largo artículo del doctor Sobrino sobre las ventajas de este producto en la desinfección interna del organismo. Hoy en día se sigue utilizando como antiséptico externo y su ingesta muy limitada resulta imprescindible para el buen funcionamiento de la glándula tiroides, pero en aquel tiempo se pensaba que su capacidad desinfectante se extendía al uso interno.

Para ello el doctor Sobrino recomendaba tomar en primer lugar un purgante como el sulfato de sosa. Actualmente empleado en grandes animales con el mismo propósito, no causa daño al hombre,

salvo irritaciones de la mucosa gastrointestinal. Pues bien, una vez limpio el tracto digestivo, la recomendación era:

“El mejor modo de administración del yodo es el de valerse de la tintura de yodo (Yodo metálico bisublimado, diez gramos; alcohol de noventa y cinco grados, noventa gramos. Mézclase y fíltrese)...; es la mejor preparación soportada por el estómago... Debe preferirse el tomarla en leche, porque enmascara perfectamente su sabor y asegura la tolerancia” (La Acción, 18.10-3).

Este tipo de consejos no eran desmentidos por ninguna organización médica ni había un período de prueba ni se valoraban de manera científica. Simplemente se aplicaban y, como en algunos casos como éste, no hacían un daño especial, la casualidad de una gripe benigna podía hacer pensar que se había encontrado un remedio efectivo.

“Mientras estábamos departiendo ayer con un comerciante de Tamarite de Litera (Huesca) y nos informaba del estado epidémico de aquella población, diciéndonos que de los 500 atacados que hubo sólo ocurrió una defunción y de que todos los enfermos habían sido tratados por la tintura de yodo, llega a nosotros la noticia de que un eminente médico de Madrid y otro de Bilbao habían obtenido excelentes resultados por medio de dicho tratamiento” (El País, 21.10-2).

El 26 de octubre el doctor Chicote anunciaba la investigación llevada a cabo por el Laboratorio Municipal madrileño en torno a una posible vacuna. La línea seguida tenía un origen bacteriológico y, en ese sentido, concreta un punto de vista que otros médicos también compartían. Se descartaba al bacilo de Pfeiffer como el único agente que ocasionaba la gripe. En cambio, se encontraban muchos gérmenes diferentes (estreptococos sobre todo, neumococos, diplococos del tipo catarralis), frecuentes habitualmente en las mucosas nasales y en los productos de expectoración de los griposos. Pues bien, se pensaba que una exacerbación de la virulencia de alguno de ellos o una asociación inesperada y maligna entre algunos, podía ser la causa de que la gripe, habitualmente leve, se hubiera convertido en una enfermedad mortal. De ahí la preparación de una vacuna que tratase estos elementos de manera que los atacase dentro del organismo impidiéndoles ejercer su papel en la enfermedad.

Lo anunciado por el doctor Chicote ya estaba siendo practicado por otros médicos, cada uno dentro de su procedimiento particular. El sevillano doctor Antonio Salvat, por ejemplo, sostenía una semana antes en las páginas de “ABC” que la gripe estaba producida por un neumococo y un meningococo, por lo que recomendaba inyectar 20 cm<sup>3</sup> de suero antimeningocócico en un lado del vientre al tiempo que se hacía lo propio al otro lado con la misma cantidad de suero antineumocócico. Por supuesto, el médico afirmaba que la mejoría del paciente era rápida con este procedimiento.

Al día siguiente de esta publicación llegaba desde Elche la noticia de que la aplicación de este último suero era muy satisfactoria pero si se le añadía un procedimiento complementario. Sangrías ya se empleaban por algunos médicos pero el doctor Salgado hacía algo más: tomaba la sangre extraída al enfermo, la exponía al sol o al aire un tiempo no especificado, y se la volvía a introducir por vía venosa. De nuevo, la recuperación era notable, afirmaba el citado doctor.

Se hacían pruebas y más pruebas. Algunos, como un tal doctor Moro, comunicaba desde Palencia haber encontrado un suero para la bronconeumonía que operaba importantes mejoras en los enfermos. Cuando el Colegio de médicos provincial le pidió la fórmula de su solución, éste se negó a darla originándose un cruce de reproches y descalificaciones entre el médico y el Colegio. El doctor Moro,

finalmente, dijo que llevaría su fórmula a Madrid para presentarla ante la Academia de Medicina al objeto de obtener la patente.

Sin embargo, una de las polémicas más relevantes fue la protagonizada en Madrid por el doctor Maestre, figura muy destacada de la medicina de entonces. Sostenía ante sus colegas e incluso en el Senado, del que era miembro, que la aplicación del suero antidiftérico podía ser una solución para la gripe. La Academia de Medicina se dividió (este doctor tenía muchos partidarios dentro de ella), llegándose a una resolución en la que se afirmaba que no era un remedio específico para la gripe pero que aportaba mejoría al enfermo. Vamos, que daño no hacía y si el griposo pillaba la difteria, sería un beneficio añadido.

Mientras tanto, la epidemia continuaba activa, si bien declinaba en algunos lugares, no sin dejar un reguero de tumbas en los cementerios de las pequeñas localidades peninsulares, algunas de las cuales hubieron de habilitar nuevos lugares de enterramiento cuando empezaba noviembre.

## **Creciente mejoría**

Tras un mes de octubre en que todos los diarios registraban noticias provinciales sobre el alcance de la epidemia y las primeras páginas se llenaban de terribles relatos de abandono, desesperación y muerte, en noviembre hay, en cambio, un número muy escueto de noticias reservadas generalmente para las últimas páginas.

Actualmente se recuerda la gripe española como la más terrible pandemia del siglo XX en todo el mundo. Los índices de mortalidad no eran muy elevados respecto a otras lacras sanitarias como el cólera o el tifus, incluso la tuberculosis pulmonar, pero su capacidad de contagio por vía aérea era tan alta que se calcula en algo más de la mitad de la población mundial la que resultó contagiada, de la cual llegaron a morir alrededor de 50 millones de personas.

Sobre estas cifras se ha discutido bastante dado que los registros eran deficientes o incluso inexistentes en muchos países, los diagnósticos no siempre resultaban acertados en esos casos y, como hemos visto en España, los enfermos, la mayoría de las veces, no eran declarados como tales por no ser visitados siquiera por médicos.

Dos años después ya se calculaba (Edwin Oakes) que las muertes habían llegado a los 21,5 millones pero eso no cuadraba con las cifras de Ian Mills, por ejemplo, que registraba unas 18 millones de muertes sólo en la India. En España se jugaba también con las estadísticas, declarándose durante el mes de diciembre que las muertes de los últimos meses habían sido poco más de siete mil, cuando en realidad habían sido muy superiores. La cuestión es que los españoles estaban sujetos a múltiples enfermedades infecciosas como la viruela, neumonía, tuberculosis, difteria, etc., muchas de ellas acabadas en muerte. Se sabía sobradamente que la gripe en sí no mataba sino sólo en cuanto provocaba otras enfermedades del aparato respiratorio, particularmente la neumonía. Bastaba desligar las muertes causadas por esta infección para que las referentes a la gripe bajaran en picado en las estadísticas

oficiales.

La morbilidad, pues, ha sido estimada posteriormente, para dar una visión global del efecto de la pandemia. Patterson y Pyle, en 1991, elevaban la cifra mundial a una cantidad alrededor de los 30 millones mientras que, aún más recientemente, Taubenberger y Morens estiman en 500 millones los infectados con una tasa de mortalidad de un 10 % para totalizar unos 50 millones de muertes causadas directa o indirectamente por la gripe.

La mayor ligereza de los comentarios encontrados en el mes de noviembre no debe llamarnos a engaño. Los contemporáneos se daban cuenta de que había una gran mortalidad, incluso criticaban las bromas presentes en primavera en torno a una afección gripal que parecía benigna. Recordaban frecuentemente la pandemia de 1889-90 que obró de la misma forma: una entrada no alarmante y un agravamiento posterior de alta mortalidad. Pero se observa también un deseo de pasar página, un descenso de la sensibilidad hacia la tragedia vivida en tanto formaba parte de un conjunto de tragedias a las que los españoles estaban habituados: hacía pocos años tuvo lugar una epidemia de tifus de alta mortalidad entre la población, además de los frecuentes fallecimientos por todo tipo de infecciones. Se comentaba con cierta amargura que España, dada su pobreza sanitaria y sus malas condiciones higiénicas, estaba sujeta a enfermedades infecciosas que casi resultaban superadas en el extranjero, particularmente en Francia, donde los médicos del Instituto Pasteur proporcionaban los medios para que la vacunación de esas enfermedades cediera en su mortalidad.

Precisamente a Francia fue una delegación de médicos durante este mes: los doctores Pitaluga, Marañón y Ruiz Falcó, enviados por el Ministerio de Gobernación, quizá para rehuir las críticas políticas recibidas. El informe emitido por la delegación consta de varios y esclarecedores puntos tras la confrontación de sus propios casos e investigaciones con las de los médicos franceses. Hay que aclarar que por entonces ya era un hecho confirmado el armisticio que daría paso al final de la Gran Guerra, con lo que las informaciones sobre la epidemia en otros países y, en particular la comunicación con Francia, encontraron un mejor momento. Las conclusiones eran las siguientes:

- 1) Las manifestaciones clínicas y bacteriológicas de la enfermedad en ambos países demostraban sobradamente la coincidencia de los casos presentados. Se estaba, por tanto, ante una epidemia gripal en ambos países.
- 2) En cuanto al origen bacteriológico se observaba, como en España, la presencia del bacilo de Pfeiffer. No obstante también estaban presentes los estreptococos, solos o en asociación con neumococos, además de estafilococos, etc. Quedaba abierta la interesante cuestión planteada por un médico francés en Túnez de que el agente causal fuera un virus filtrable.
- 3) Se confirmaba que la transmisión del agente causal era por vía aérea y a través de las expectoraciones de los enfermos, descartándose el agua o los alimentos.
- 4) Como en España, las condiciones aéreas referentes a aglomeraciones, actos públicos, etc., extendían y multiplicaban el contagio.
- 5) La principal medida profiláctica era el aislamiento de los enfermos. Sin embargo, era constatable la imposibilidad de esta medida en la mayoría de los casos por estar los hospitales con un exceso de enfermos. Por ello los médicos franceses recomendaban aislar sólo los casos más graves, algo en lo que los españoles discrepaban por entender que el contagio era igual o más peligroso con los pacientes benignos. Sin embargo, se constataba la imposibilidad de tal aislamiento salvo en cuarteles y organizaciones controladas semejantes.

Luego tratan de la desinfección y hablan lo más claro posible:

“En Francia y los demás países afectos de la gripe han sido muy limitadas las medidas de desinfección propiamente dichas. Está en el ánimo de todos su absoluta inutilidad. Cuando se han llevado a cabo ha sido más bien para satisfacer a la galería. Suponemos que en España la imposición de tales medidas habrá obedecido a iguales criterios, puramente políticos, y desde luego muy criticables desde el punto de vista de la seriedad científica...

Para dar idea del ningún valor que aquí se concede a la desinfección con los líquidos antisépticos, cuyo mal olor satisface y tranquiliza por lo visto a nuestro público, diremos que en el hospital del Instituto Pasteur, justamente considerado como uno de los modelos de hospitalización de infecciones, se lavan sencillamente con agua las celdas individuales de cada enfermo cuando éste las abandona” (El Liberal, 4.11-1,2).

Si bien este informe está destinado a mostrar la capacidad médica de los doctores españoles, así como la imposibilidad en otros países de hacer más de lo que se hacía en España, con algunas críticas a las motivaciones políticas de las medidas de desinfección tomadas, resulta más esclarecedora por sus detalles una entrevista con el histólogo doctor Falcó, discípulo de Ramón y Cajal, publicada una semana después en “El Día”.

En primer lugar, aclaraba su postura sobre la tesis sostenida por el doctor Nicolle, del Instituto Pasteur en Túnez. Se mostraba partidario de que el agente causal de la gripe era un “virus filtrable”, un germen invisible a las lentes microscópicas y que atraviesa los filtros que retenían a los microbios más habituales. En suma, que aún no existía una técnica adecuada para localizar ese virus y que el camino para descubrirlo era el de perfeccionar el método de localización, algo que en efecto se conseguiría una década después. Por entonces, avalaban al sabio francés sus descubrimientos similares sobre el virus exantemático, la capacidad técnica y la tradición del Instituto en el que trabajaba.

Por otra parte, el doctor Falcó opinaba también de forma contundente sobre una noticia que había aparecido dos semanas antes procedente de Salamanca. Allí un médico llamado Maldonado había descubierto lo que denominaba “bacilo seudopestoso” en el análisis de enfermos, adjudicándole la causa de la gripe que no venía a ser tal, sino una forma de peste.

Además de que la noticia apareció en todos los periódicos, surgió la polémica porque desde Sevilla se afirmaba que tal bacilo se descubrió allí un mes antes y se había dado cuenta a un periódico pero sin darle la importancia que el doctor Maldonado pregonaba.

En esta confrontación intervenía Ruiz Falcó para, desde una perspectiva científica, dejar las cosas en su sitio:

“El doctor Maldonado fue dirigido a mí por la Inspección general de Sanidad, porque yo soy el encargado actualmente de la Sección de Epidemiología del Instituto de Higiene de Alfonso XIII...

Me presentó dos preparaciones de esputo, de las cuales no había hecho cultivos ni inoculaciones, y un cultivo aislado en un hemocultivo ‘impuro’ no hecho por él, sino remitido desde un pueblo por un compañero.

A su presencia hice todas las investigaciones necesarias, y quedó comprobado plenamente que no era peste” (El Día, 10.11-4).

Por último, el doctor Falcó reafirmaba que la línea preferente de trabajo seguida tanto en Francia como en España era la de emplear vacunas contra la neumonía, de modo que se protegiese al enfermo contra las complicaciones pulmonares, principal causa de la muerte de los afectados por la gripe.

Aunque no lo mencionaba, algunos médicos militares sí resaltaban la inutilidad de la vacuna



antidiférica que el doctor Maestre defendía en todos los ámbitos políticos y sanitarios. La difteria no era una de las complicaciones típicas de la gripe y proteger de ella resultaba inútil, cuando no peligroso, por sobrecargar de defensas la sangre del enfermo. Además, ya se empezaba a notar una carencia en pueblos de dicha vacuna para casos reales de difteria.

Los médicos también defendían con fuerza el componente social y organizativo de la Sanidad española. El 3 de noviembre se celebró en el teatro Español de Madrid un mitin higienista presidido por un exministro, el doctor Cortezo, presidente además de la Academia de Medicina.

Franco Rodríguez comenzó el acto planteando la necesidad de profundas reformas sanitarias en el país, con la construcción de un gran número de Institutos de Higiene, además de ganarse finalmente a los presentes recordando a los médicos rurales, que morían en la miseria dejando a sus familias en una gran necesidad.

Tras una gran ovación le sustituyó el doctor Juarros que, desde un punto de vista médico, relató la enorme incidencia de la viruela o la meningitis tuberculosa en niños ante la incuria de los sucesivos gobiernos habidos en el país, incapaces de mejorar el estado higiénico de los terrenos y las aguas de suministro a la población.

“Dijo que el problema sanitario es sólo un problema de nutrición y de educación popular; enumeró las enfermedades infecciosas, que desaparecieron ya de todos los países cultos y que perduran en España, y terminó haciendo un llamamiento a las clases populares, para que coadyuven a la regeneración física y moral de la raza, hoy depauperada y en camino de la decadencia” (El Globo, 4.11-1).

Como se puede observar, late en estos discursos, particularmente en el segundo, una característica señalada de los primeros años del siglo en España. Habiendo asistido a la decadencia militar con la pérdida de las últimas colonias a finales del siglo anterior frente a unas fuerzas (las norteamericanas) más modernas y avanzadas, era necesaria una regeneración nacional. En el lenguaje y los conceptos de la época esta actitud tenía un marcado carácter racista pero no en cuanto a exclusión de otras razas sino por la exaltación de la propia.

Desde ese punto de vista, las primeras décadas del siglo vuelven la vista hacia Europa en no pocas ocasiones (particularmente Francia, generalmente tomada como modelo) para observar la necesaria mejora en las condiciones infantiles (el futuro de la raza), tanto higiénicas, como en este caso, como educativas y sociales en el sentido más amplio.

Las referencias a los médicos rurales en estos discursos no eran ajenas a la tragedia nacional vivida en octubre ni a las reivindicaciones de las asociaciones médicas. Ciento cincuenta médicos de pueblos habían sucumbido por entonces a la gripe en función de su trabajo y sus familias tenían que sortear la necesidad y la pobreza sin ayuda alguna por parte del Estado. Pero además, eran conocidas las condiciones de su trabajo, dependientes de una población ignorante y de un caciquismo omnipresente en el mundo rural. El mismo doctor Juarros, que clamaba por una mejora sanitaria de las clases populares, exponía pocos días después en “El Día” las humillantes condiciones de trabajo de los médicos rurales.

“Durante mis campañas en ‘El Mundo’ hice desfilar casos verdaderamente pintorescos, como en un pueblo del Norte donde exigían que los aspirantes a la titular supiesen tocar el órgano, por no ser esta habilidad patrimonio del sacristán. En otro pueblo de la Mancha imponían por requisito el de que el galeno fuese soltero y sin novia, puesta la esperanza en verle matrimoniar con alguna de las elegantes indígenas.

Un paso más y principia la tragedia. En una aldehuela extremeña expulsaron ‘violentamente’

al médico por creer que era burla de mal gusto mandar al chiquitín del alcalde caldo de legumbres, cuando, según el leal saber y entender del rapista del lugar, lo que necesitaba el pequeñuelo eran buenas magras y buen vino, como a las claras lo estaba diciendo lo flaco y esmirriado de la criatura. Y aquel pobre médico, con tres hijos, quedose sin titular o, lo que es lo mismo, sin pan” (El Día, 9.11-2).

Mientras tanto llegaban noticias tranquilizadoras de casi todas las provincias. Los periódicos, a lo largo de los meses de noviembre y diciembre, iban remitiendo los informes sobre la epidemia a las últimas páginas exponiéndolos con mayor brevedad cada vez. Si se observa la mortalidad durante estos meses es cierto que es decreciente, pero no escasa en modo alguno. Sin embargo, la situación de octubre no parece sostenerse, entre otras por la razón esgrimida en un chiste gráfico que aparece el día 5 de noviembre: es cierto que en los pueblos la epidemia remite... pero ¡porque han muerto casi todos los vecinos! Sin llegar a ese extremo de humor negro, es cierto que la extensión de la epidemia había sido muy grande en octubre, de manera que la mitad de la población resultó afectada, alcanzando probablemente en los pueblos una proporción mayor. Todas aquellas personas que habían superado la enfermedad disponían de defensas como para no recaer. Del mismo modo que el contagio había sido muy rápido, la extinción paulatina de la enfermedad parecía obrar del mismo modo. El número de muertos se justificaría por todos aquellos que habían quedado muy afectados durante el mes de octubre, además de algunos nuevos contagiados.

Así, los informes periodísticos se ven repletos de titulares como “La epidemia decrece”, “Mejores impresiones”, “Cede la epidemia”, etc. De alguna forma, se deseaba apartar estas noticias que habían traído la tragedia a tantos hogares españoles. El anunciado fin de la Gran Guerra, la descomposición del Imperio austro-húngaro, y a nivel interno el florecimiento de la cuestión regional, sobre todo en Cataluña, atraían la atención en mayor grado.

Sin embargo, durante el mes de diciembre hay algunos breves sueltos que recuerdan la situación vivida anteriormente. En algunos pueblos bilbaínos, por ejemplo, se registran aumentos de afectados, hasta 40 nuevos casos cada día. Pero el más llamativo se presenta en una provincia que, hasta ese momento, se había librado de un contagio masivo: Cádiz.

El 6 de noviembre se anunciaban hasta 19 muertos el día anterior en Vejer. Veinte días después la costa atlántica empezaba a ser el foco de atención provincial: en Chipiona se registraron 300 atacados que serían 500 dos días después. Esos mismos días la situación en Sanlúcar se complicaba, con varios afectados ingresados y hasta un fallecido.

Un mes después ya serían 3.000 los afectados en esta última población, con ocho muertos diarios, el pánico extendiéndose por toda la población, el alcalde prohibiendo que se procesionara a la Virgen de la Caridad y la gripe llegando a Jerez. Estos fueron casos que aún evolucionarían negativamente en enero del año siguiente recordando que la amenaza seguía presente. Nadie podía imaginar, no obstante, que esto no fueran los coletazos finales de la mortal epidemia sino el comienzo de una tercera oleada que extendería su acción, aunque de forma algo menos virulenta, a lo largo de los primeros meses del año 1919.

## **Pequeños rebrotes**

Los meses de enero y febrero de 1919 parecieron corresponder al momento en que se hace balance en torno a las enfermedades epidémicas, en particular la gripe. A principios de febrero el

“Boletín de Estadística” se hizo público con los datos del año anterior incluyendo el mes de diciembre. En él se afirmaba:

“Es tan señalado el descenso que marca la gripe, que realmente se puede afirmar que el carácter epidémico de esta enfermedad ha desaparecido completamente, al menos en lo referente al conjunto de capitales. No hay más que observar la cifra de fallecidos por esta causa, que en octubre se elevó a 7.980, bajando a 2.541 en noviembre, sólo es de 632 en diciembre; es decir, menos que en el mes de septiembre” (El País, 12.02-1).

Se reconocía, eso sí, que la mortalidad en los pueblos había sido en conjunto mucho mayor, pero también claramente descendente: desde los 71.504 de octubre a los 37.937 del siguiente mes de noviembre.

Aunque la gripe había sido una epidemia trágica, la situación del pueblo español por entonces era difícilmente imaginable hoy en día, con muchas enfermedades infecciosas endémicas frente a las cuales había vivido a lo largo de toda su historia. A principios de año, en Madrid por ejemplo, se había hecho un balance de los fallecidos el año anterior por estas enfermedades: la gripe había originado 954 muertos, una cifra muy elevada para lo habitual de otros años, pero hay que considerar que los niños menores de dos años que murieron de diarrea (provocada por la insalubridad del agua y su mala nutrición) fueron 1.175. De tuberculosis pulmonar la cifra llegaba a 1.989 fallecidos, 1.007 por meningitis además de los que habían muerto por tifus (191), sarampión (132), tosferina (193) o la consabida y siempre desgraciada viruela que, a pesar de conocer una vacuna efectiva y ser ésta obligatoria, aún produjo 431 muertos.

De manera que la gripe se extendía con una gran rapidez y sin aparente control, lo que la hacía temible, pero ciertamente no parecía causar tanta mortalidad como otras enfermedades infecciosas. Sin embargo, los datos oficiales de aquella época siempre enmascararan la realidad. La gripe producía muertes por sí misma pero también originaba serias complicaciones que llevaban al mismo resultado, aunque no constaban como tal enfermedad. Así, de bronquitis habían fallecido en Madrid 908 personas, de neumonía 549 y de otras enfermedades del aparato respiratorio hasta 1.982. No cabe duda de que la gripe coadyuvaba no pocas veces al debilitamiento de las defensas de los enfermos, haciéndoles proclives a ser atacados por todas estas enfermedades. De manera que su influencia fue mayor de lo que se reconocía por entonces.

Hacia el mes de enero, el nuevo ministro de Gobernación, el Sr. Gimeno, hacía un balance sanitario preocupante, con un cuadro de enfermedades y lacras bastante realista, siendo una de sus prioridades el hacer descender la mortalidad infantil. Según sus propias palabras, de los 600.000 niños nacidos en España durante el año 1918, la mitad no habría de llegar a los veinte años, si la situación permanecía como hasta entonces.

De la gripe se hablaba poco, aunque se conservaba en el recuerdo permanentemente. La preocupación mayor, además de la mencionada, era erradicar definitivamente la viruela y enfrentarse a la tuberculosis y el tifus sobre todo. Cuando en Llano del Real (Murcia) la población fue atacada por un brote de la gripe llegando a 500 afectados en pocos días y algunos fallecidos entre los sectores más pobres, hubieron de esperar varias jornadas para que llegara el inspector provincial de Sanidad porque éste se hallaba en el cercano pueblo de Algar, trabajando para contener un importante brote de tifus exantemático.

Porque era el caso de que la gripe no se había ido, particularmente en algunos pueblos y hasta en capitales. El mes de diciembre había terminado con una extensión incontenible de la dolencia en la

población gaditana de Sanlúcar de Barrameda. Las campanadas del nuevo año no habían terminado con ella y el mismo día 3 de enero se informaba que, en las últimas 24 horas, se habían registrado 616 afectados más y 15 fallecimientos. Desde diversas instancias, el conde de los Andes, senador por la provincia, había conseguido medicamentos y alimentos para la depauperada población. Desde Jerez enviaron cargamentos de leche para los enfermos. Se llevaba un largo período de sequía en la zona que había originado por entonces que hasta 2.000 campesinos sanluqueños estuvieran sin trabajo y apenas pudieran alimentarse ellos y sus familias. En esta población desnutrida el virus de la gripe campaba a sus anchas produciendo agravamientos entre los enfermos que los hacían de imposible recuperación.

El día 6 de enero se contaban ya 1.600 enfermos, incrementándose el número de muertes. El pánico había prendido en el vecindario, registrándose de diez a doce fallecimientos diarios que provocaban el luto en la ciudad y, con él, el miedo. En esas circunstancias volvía a mostrarse la falta de cultura sanitaria de la población rural así como su sentimiento de indefensión frente a poderes del mal que la ciencia no podía controlar.

“Se han celebrado rogativas para implorar que cese la epidemia. Hoy salió en procesión la Virgen de la Caridad, y asistieron al acto inmenso gentío, el Ayuntamiento bajo mazas y las autoridades” (El Sol, 10.01-4).

Ocho días después se apreciaba un descenso en el número de afectados y fallecidos, de manera que las autoridades, que habían facilitado y hasta participado en los actos religiosos multitudinarios, fueron levantando el cierre decretado de cafés, teatros y casinos que había habido hasta ese momento.

Pero por entonces seguían registrándose algunas alarmas en pueblos, alguno cercano a Madrid, lo que atraía la atención de la prensa. La cuestión comenzaba en la localidad madrileña de Villa del Prado, donde el día 3 de enero se informaba de la existencia de 600 nuevos afectados por la gripe. Pronto se extendió al pueblo de Carabanchel Bajo, cercano a Madrid. Las condiciones de insalubridad de algunos de sus barrios salieron a relucir en las páginas de los diarios de la capital en relación con un número de enfermos creciente:

“Urge, por tanto, que las autoridades sanitarias giren una visita de inspección a aquella localidad y que observen muy detenidamente el estado en que se encuentran calles como la de Cervantes, que tiene más de 50 centímetros de lógamo y, lo que es más grave, como los carros no pueden circular, las basuras de dos vaquerías que en dicha calle están instaladas, por cierto, en no muy buenas condiciones de higiene, la arrojan a la calle, como asimismo el sobrante de los pozos negros allí instalados.

Las calles del Pilar, San Isidro y otras deben también higienizarse por el peligro que entrañan los muchos corrales que en ellas existen, destinados al productivo negocio de crianza de ganado de cerda” (El Liberal, 8.01-6).

Estos brotes de gripe, como otros sucedidos en pueblos de Bilbao o de Oviedo parecían residuales por ser muy escasos y, aunque causaran el pánico entre el vecindario, los afectados se circunscribían a sus localidades siendo éstas un número reducido.

A partir de la segunda quincena de febrero, sin embargo, los brotes no eran ya meros apuntes en las últimas páginas de los periódicos. Su frecuencia se elevaba. En Ferrol, Orense, Pamplona, Zaragoza, Castellón, por ejemplo, los enfermos se multiplicaban, aún de manera limitada, con cierto carácter benigno (la mortalidad era baja). Se achacaba por entonces esta circunstancia a la llegada a los acuartelamientos en estas localidades de nuevos reclutas que venían desde algunos pueblos que habían

padecido poco esta epidemia durante la segunda oleada de otoño.

Efectivamente, muchos de los enfermos y los pocos fallecidos contabilizados eran jóvenes, la población más afectada por este tipo de gripe, y nuevos soldados que, en cuanto llegaban al cuartel, caían enfermos. Ello demostraba que el agente causante de la gripe permanecía latente en las poblaciones anteriormente afectadas y hacía enfermar a los que no disponían de defensas adecuadas para enfrentarse a él.

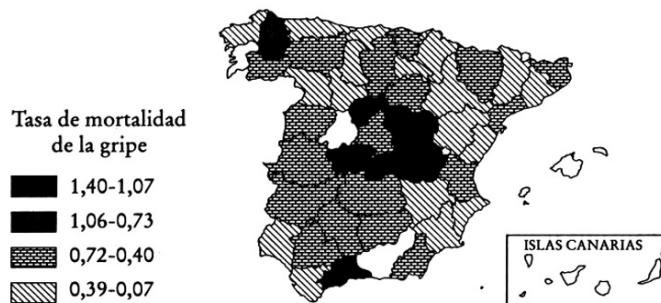
Cuando en la segunda gran capital del reino, Barcelona, la enfermedad se recrudeció, todos los fantasmas de miedo y muerte que habían asaltado a los barceloneses durante el mes de octubre y noviembre, volvieron a resurgir. El contar con 135 muertos cada día no se podía considerar como un rebrote puntual de la enfermedad, pese a lo que dijeran las autoridades. Poco después, el contagio se extendía por Mataró y Reus demostrando la fuerza que aún poseía la epidemia gripal. Era el comienzo de la tercera oleada de gripe, confundida como vemos, con los últimos coletazos de la anterior.

A nivel global, esta nueva oleada no fue tan universal como la precedente, afectando de manera desigual a los distintos países, sobre todo en Norteamérica y Europa, así como a las regiones españolas. De esta manera, como luego podría apreciarse, estaría más presente en el centro y sur del país, es decir, aquellos lugares que habían padecido la primera oleada pero no tanto la segunda.

Aunque no fuera generalizada y su presencia no originara la mortandad de la que había tenido lugar en otoño del año anterior, su carácter no cambió, afectando a los jóvenes sobre todo y causando a lo largo de varios meses un total de 21.094 muertes. Sólo en el mes de octubre habían fallecido cuatro veces más pero esta nueva oleada, aún afectando menos, tuvo la misma peligrosidad, extendiéndose desde enero o febrero hasta el mes de junio.

## La tercera oleada

Hay poca información periodística sobre este nuevo ataque de la gripe, pese al número de fallecidos a que dio lugar. Su presencia en el territorio español está bastante repartida, si bien con una incidencia mayor en la zona central del país (Madrid, Castilla la Mancha) junto a Extremadura y Andalucía.



7. Tercera onda epidémica en España (Echeverri 1993, 94)

Las dos oleadas anteriores habían afectado a más de la mitad de la población, de manera que quedaban pocas localidades por sufrir el azote de la gripe. De hecho, cuando un año después volviera la epidemia a extenderse por la Península causaría un elevado número de muertos (17.841 en 1920 por 21.094 en 1919) pero la mayoría entre la población infantil de menos de un año, la que no había sufrido la gripe anteriormente. A pesar de la elevada mortalidad no se suele asociar este hecho a una cuarta oleada, dada la distancia temporal con la última, pero no sería descartable considerarla así.

Como decíamos, no hubo el mismo interés informativo en el año 1919 como en el anterior. Las noticias de la posguerra europea, el alejamiento del káiser alemán del poder en Alemania, el nacimiento de nuevas naciones centroeuropeas, las conversaciones que llevaron al tratado de Versalles y la enésima crisis de gobierno en España, con un ejecutivo que duró cuatro meses para dar paso al nuevo gobierno del Sr. Maura, acaparaban la atención de las redacciones.

Aún así, la alerta se mantenía, sobre todo porque la tercera oleada afectaba a la provincia de Madrid y a la misma capital, aunque de un modo diferente a como lo había hecho anteriormente. Si la aparición y el contagio de la gripe en primavera había sido explosivo en las ciudades, con cientos de contagiados diarios; si la segunda y mortífera oleada había seguido el mismo ritmo en el mundo rural, esta nueva ola de gripe se comportó de manera diferente.

Incidió en ciudades y pueblos pero sin explosividad, sin un rápido contagio, mucho más lentamente. Hay que tener en cuenta que iban cayendo algunas personas pero muchas de su entorno poseían la inmunización suficiente para resistir el nuevo ataque gripal. De manera que sólo excepcionalmente y en aquellos pueblos en que hubo anteriormente pocos casos, recordó el ritmo de contagio al que había habido meses antes. Con ello, las muertes también se espaciaron más, aunque los especialistas coinciden en afirmar que esta tercera oleada fue tan mortífera como la segunda, con porcentajes de morbilidad que llegaron al 1,4% de la población.

De modo que, sobre todo en marzo de 1919, se encuentran cortas noticias sobre brotes gripales en localidades andaluzas, como Bailén o Almería. Respecto de la cercana Cartagena, se afirma un dato interesante: La crisis de subsistencias, la falta de empleo y medios de vida, empujaban a muchos campesinos a desplazarse por toda la provincia en busca de trabajo. Es bien conocido que en Andalucía, en determinadas épocas como aquella, los jornaleros marchaban de sus pueblos a buscar una ocupación

que les permitiera sobrevivir a ellos y sus familias. Como consecuencia de este movimiento, estos campesinos llevaban la gripe a todos los poblados que recorrían o donde se detenían a trabajar.

Incluso más adelante, ya en el mes de mayo, la gripe volvería a golpear la provincia de Badajoz haciendo que se viviera un tiempo de rechazo hacia los cercanos portugueses, país donde la gripe volvía a hacer estragos. De nuevo se repitió (con la misma inutilidad de otoño), el desagradable cordón sanitario, la obligatoriedad para los vecinos de sufrir una completa desinfección en la frontera, además de portar una cartilla sanitaria donde constase el procedimiento sufrido, ya denunciado por la misma clase médica como innecesario.

En Madrid, hacia el mes de marzo, crecía la alarma:

“Según *El Siglo Médico*, han aumentado durante los ocho últimos días [última semana de febrero] las afecciones catarrales agudas de los órganos respiratorios, sean de carácter infeccioso o no; pero han predominado las comunes. Continúan presentándose bronconeumonías graves infecciosas. Los afectos crónicos de los aparatos circulatorio, respiratorio y renal, presentan complicaciones graves” (El Sol, 2.03-6).

Desde principios de marzo las autoridades reconocieron el hecho de que una tercera oleada de gripe estaba golpeando España del mismo modo que lo hacía en toda Europa. El 4 de marzo ya se publicaban unas instrucciones por medio de una Real Orden que mostraban cuál era la mayor preocupación de los gobernantes: la falta de una necesitada atención médica.

“Primera. Que los Colegios médicos provinciales envíen inmediatamente a los inspectores provinciales de Sanidad una relación de los médicos adscritos al Colegio respectivo que deseen prestar el servicio de asistencia médica a los pueblos invadidos por la gripe.

Segunda. Que teniendo en cuenta el estado epidémico de dichos pueblos y cuando el número de médicos con que cuenten y puedan arbitrar por sí los municipios sea insuficiente en absoluto para atender a los enfermos, los gobernadores nombren, a propuesta de los inspectores provinciales, después de pedir autorización telegráfica a este Ministerio, y con las dietas de 50 pesetas y gastos de viaje, a los médicos que de la relación dada por los Colegios sean necesarios” (La Acción, 4.03-5).

Porque los ánimos entre la clase médica, fruto de las reivindicaciones no atendidas en meses anteriores, estaban revueltos y nada proclives a la colaboración. El mismo 15 de marzo tuvo lugar un mitin en el hospital de San Carlos presidido por el doctor Ortega Morejón, de la Academia de Medicina, senador del Reino. Hablaron representantes del sector de estudiantes, de médicos auxiliares y titulares, con una gran unanimidad en la exposición de sus quejas.

“El Sr. Gallego Calderón, en nombre de los estudiantes de Medicina, dice que antes de ser médicos indignos prefieren dejar de ser estudiantes (Aplausos).

Cita un caso en que el Estado debe a un médico 5.000 pesetas debido al caciquismo. Los Poderes públicos no velan por nada. En ningún sitio resplandece la justicia. Queremos independencia y remuneración. Nosotros haremos valer nuestros derechos y los de la clase médica (Aplausos)” (Heraldo de Madrid, 16.03-2).

El Sr. López Estalalla, en nombre de los auxiliares, arremete de nuevo contra el caciquismo por el que el alcalde de cada pueblo, colocado en tal puesto por el cacique provincial de turno, es el que contrata, paga o no, al médico mientras le dicta las limitaciones de su actuación.

“En todas partes se da la razón al médico, pero éste no cobra. Mientras se prodigan las cesantías a las viudas de los personajes políticos, a nuestras familias se las deja morir de hambre. Todos unidos conseguiremos lo que con tanta razón pedimos. En casos de epidemia, las autoridades sanitarias debían ser las únicas autoridades existentes” (Idem).

En todas las intervenciones late una decidida reivindicación económica. Había once mil médicos rurales que no cobraban sus emolumentos, a los que se trataba sin consideración alguna. Un médico citó el caso de un pueblo, donde al médico titular, enfermo de pulmonía, se le sacó de la cama por parte de la guardia civil para que atendiera a los enfermos de una población vecina. El médico murió en el camino. Situaciones así permitían denunciar el sistema caciquil que utilizaba a los médicos sin consideración a sus mínimas condiciones de vida.

El ataque era al sistema y también a los gobernantes. La primera conclusión del mitin, enunciada por el doctor Morejón, fue el deseo médico de depender directamente del Ministerio y no de las autoridades locales. Ello se complementaba con la recepción de un salario digno y el reconocimiento y ayudas necesarias para las familias de los médicos caídos en función de sus obligaciones frente a la gripe, algo que muy raramente ocurría dejando en la más completa indefensión a los allegados del fallecido.

Con estos ánimos no es de extrañar que la Real Orden del día 4 precisara la forma de obligar a los Colegios médicos para que facilitaran esa asistencia médica imprescindible ante una nueva oleada de gripe.

Los periódicos madrileños reproducían cada mes las estadísticas de mortalidad en la capital. En febrero se había apreciado un incremento de las muertes por gripe (153 en total) pero una caída equivalente de las causadas por la viruela (sólo 16) lo que dejaba unas cifras totales parecidas a las registradas un año antes. En marzo la gripe se llevaba a 236 personas lo que, unido a los datos de otras muertes por problemas respiratorios (bronquitis 170, neumonía 49, otras enfermedades del mismo tipo, 275) elevaba el número de fallecidos en Madrid a 1.894, doscientos más que el mismo mes del año anterior.

Como se puede apreciar, no obstante, los continuos fallecimientos tenían una gráfica más suave, sin la explosividad de varios meses atrás en España, lo que permitía asimilar un recrudescimiento de la gripe que no parecía tan alarmante.

De este modo, los ataques gripales a los pueblos aparecían de manera constante pero sin que su extensión fuera de los límites del municipio resultara incontenible, gracias a la inmunidad adquirida por la población circundante. Así, en el pueblo orensano de Nogueira se informaba el día 30 de abril que estaban afectados 96 de los 100 habitantes, del mismo modo que en pueblos de Murcia y otros lugares aparecía la gripe con un carácter maligno pero limitado.

Un congreso médico celebrado en Madrid el 24 de abril consideraba por lo general extinguida la epidemia, al tiempo que seguían sin ponerse de acuerdo con la etiología de la enfermedad. Algunos seguían defendiendo la importancia del bacilo de Pfeiffer, pero la mayoría lo descartaba como agente causal único. Se apostaba más por la acción de los neumococos en relación con otros agentes como los estafilococos. De ahí que se buscara activamente, como hemos visto en el párrafo anterior, una vacuna que combinara estos agentes patógenos, sueros que fortalecieran las defensas frente a las severas complicaciones de la neumonía. Noticias de otros países, como Suiza, indicaban que los médicos luchaban en el mismo sentido que los españoles. De alguna manera, España, que había llegado con retraso a valorar la bacteriología y conocer el poder de las vacunas, se incorporaba médicamente a los



avances europeos.

El doctor Anguera, jefe de la estación sanitaria de Irún, escribía el 25 de marzo un largo artículo donde mostraba en panorámica la extensión de la gripe en Europa y Norteamérica. El fin de la Gran Guerra permitía ya extender las comunicaciones entre países para percibir la magnitud de la pandemia. No se sabían datos ciertos sobre la mortalidad en Asia o África, aunque se deslizaban cifras de una gran mortandad en la India y del medio millón de fallecidos en el Congo belga.

Sin embargo, se daban pasos ciertos hacia la solución de este mal.

“Bien es verdad que mucho se ha trabajado, y todavía continúa trabajándose con febril actividad, para poner de manifiesto el germen productor de esta terrible plaga: verdad es también que mucho se lleva andado, y no debe estar lejos el día en que la ciencia pronuncia su última palabra en cuestión tan delicada y de tanta trascendencia para el bien de la humanidad; pues, por lo mucho que se ha adelantado en estos últimos meses en cuanto a demostraciones bacteriológicas y trabajos de investigación, todo hace presagiar una conclusión firme y categórica, representada por algún suero o vacuna, que ponga al abrigo o preserve a la humanidad de otra prueba tan dura y terrible como la que acaba de sufrir y padecer” (El Sol, 25.03-8).

Diez años después se aislaría finalmente ese “virus filtrable” por un conjunto de médicos que creyeron, como el doctor Anguera, en que esta tan necesaria tarea debía llevarse a cabo. La consecución de una vacuna no sería una tarea fácil de conseguir, dada la variabilidad del virus hasta el día de hoy. En el mes de febrero de 2011, cuando se termina de escribir este estudio, se anuncia una prometedora investigación entre médicos británicos para la consecución de una vacuna única para toda forma de la gripe. Aún es pronto para dar esa tarea por concluida pero resulta indudable, como decía aquel doctor hace un siglo, que el final de esta enfermedad está cada vez más cerca, de modo que los terribles sucesos de 1918 y 1919 constituyan cada vez más el recuerdo de una derrota transformada en victoria.

## **Bibliografía**

ECHEVERRI, B. (1993): “La gripe española. La pandemia de 1918-19”.  
Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.

ERKOREKA, A. (2006): “La pandemia de gripe española en el País Vasco. 1918-19”.  
Museo Vasco de Historia de la Medicina y la Ciencia, Bilbao.

GARCIA, A. y WHITLEY, R. (2006): “Lessons learned from reconstructing the 1918 Influenza

Pandemic”.

The Journal of Infectious Diseases, 194, 127-132.

Hemeroteca del ABC.

Hemeroteca de la Biblioteca Nacional de España.

JOHNSON, N. y MUELLER, J. (2002): “Updating the accounts: Global mortality of the 1918-1920 ‘Spanish’ Influenza Pandemic”.

Bull. Hist. Med. 76, 105-115.

LUK, J., GROSS, P. y THOMPSON, W: (2001): “Observations on mortality during the 1918 Influenza Pandemic”.

Clinical Infectious Diseases, 33, 1375-1378.

PORRAS, M.I. (1996): “Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918-19 en la mortalidad de la ciudad de Madrid”.

Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, XIV, 1, 75-116.

PORRAS, M.I. (1997): “Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-1919”  
Editorial Complutense, Madrid.

PORRAS, M.I. (2008): “Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España”.

Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, LX, 2, 261-288.

TAUBENBERGER, J.K. y MORENS, D.M. (2006): “1918 Influenza: the Mother of All Pandemics”.  
Emerging Infectious Diseases, vol. 12, 1, 15-22.

TRILLA, A., TRILLA, G. y DAER, C. (2008): “The 1918 ‘Spanish flu’ in Spain”.  
Clinical Infectious Diseases, 47, 668-673.