

Las epidemias de cólera en Argentina. Breve reseña histórica.

The cholera epidemics in Argentina. Brief historical review.

Trombetta; Luis¹; Valerga, Mario²; Pacífico, Natalia³.

¹Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Código ORCID 0000 – 0002 – 9309 – 3124. ²Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Código ORCID 0000 – 0001 – 6075 – 1795. ³Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: Dr Luis Trombetta – Mail: lusumar@fibertel.com.ar

SUMMARY

Cholera is a food poisoning caused by the ingestion of food and water contaminated by *Vibrio cholerae*. It is one of the oldest diseases of humanity and the first descriptions correspond to Hippocrates. The first documented epidemic occurred in India in 1817 and spread to Turkey and the Arab countries. In our country, the first outbreak occurred in 1856 in the city of Bahía Blanca, associated with the arrival of ships with patients and poor sanitary conditions in the city. The successive outbreaks were accompanied by high mortality, to the point that Dr. José María Penna pointed out that it cost the nation more lives than the war with Paraguay. This article analyzes the successive outbreaks of cholera in our country.

Keywords: Cholera disease – Cholera history – Cholera in Argentina – Penna – *Vibrio cholerae*

INTRODUCCIÓN

El cólera es una toxoinfección intestinal causada por la ingesta de alimentos que contienen al *Vibrio cholerae*, una bacteria presente en alimentos y aguas contaminadas por heces que sigue constituyendo un riesgo permanente en muchos países. (1) Es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad y las primeras descripciones corresponden a Hipócrates (400 a C) y al escrito en sánscrito Sushruta Samhita (400 a 500 a C). El *Cholera morbus* data de los tiempos de la medicina humoral. Su etimología parte de dos vocablos: *morbus* del latín que significa enfermedad y *cholera* del griego que significa bilis, basados en la creencia de que el cólera era una enfermedad biliar. Pedro Pons, sostiene que, dada su alta mortalidad, la palabra cólera podría derivar del término hebraico *choli – ra* que significa enfermedad maligna. (2)

En 1817 ocurrió la primera pandemia documentada de cólera que se inició en la India y se extendió a Turquía y a los países árabes y en 1826 llegó a Europa a través de las rutas comerciales y marítimas. La epidemia afectó a todo el continente

en cuatro oleadas acompañado de una alta tasa de letalidad (3)

Durante las décadas de 1840 y 1850, John Snow en Londres, fue el primero en relacionar la diseminación del cólera con los abastecimientos de agua y, en 1883, Robert Koch aisló el *Vibrio cholerae* en Calcuta, en heces de pacientes con cólera. (4)

Desde 1900 disminuyó su ocurrencia en casi todo el mundo occidental. En 1958 la pandemia afectó a las Filipinas y se extendió a Asia, África, Oceanía y Medio Oriente.

Reapareció en la guerra Indopakistaní en 1971, en Italia y Portugal en 1973, un caso en el Golfo de Texas y once casos en Luisiana durante 1973 y por último un brote en Perú en 1991 que se expandió a Ecuador y al resto de los países sudamericanos. (5)

EL CÓLERA EN ARGENTINA

En un extenso estudio sobre el cólera en Argentina, Héctor Recalde afirma que la enfermedad llegó de Europa en la segunda mitad del siglo XIX traído por los inmigrantes y su difusión es-

tuvo asociada a la incorporación argentina al mercado mundial a través del movimiento de personas y mercaderías que favoreció su importación. (6)

El primer brote de cólera, que pasó desapercibido, ocurrió en 1856 en la ciudad de Bahía Blanca, pero la epidemia de 1858 puso de manifiesto las deficientes condiciones sanitarias de la ciudad. Los brotes se vieron favorecidos por los factores sociales, las condiciones de vida y el trabajo y las características propias de los distintos grupos sociales que habitaban la Capital y su puerto, por donde ingresaban inmigrantes y mercaderías. Desde el Departamento Nacional de Higiene y la asistencia Pública de la Capital se libraron recomendaciones para la profilaxis de las enfermedades infecciosas: la denuncia obligatoria, el aislamiento del enfermo y la desinfección de sus viviendas y pertenencias. Los conventillos, los deficientes lazaretos, las malas condiciones sociales y el escaso desarrollo de las obras asistenciales favorecieron la persistencia de las enfermedades infecto contagiosas.

En 1867 se registraron más de 5.000 casos cólericos en una población que no alcanzaba las 180.000 personas. Los barcos fueron la principal vía de traslado de la enfermedad. El brote de 1867-1869 tuvo efectos más perdurables, con amplia expansión y miles de muertes. Al respecto, el Dr. José María Penna señaló que costó más vidas a la nación que todas las bajas de nuestro ejército en esos cinco años de guerra con el Paraguay. (7)

En octubre de 1867 una nueva epidemia se extendió de la capital a las provincias de Córdoba, Santa Fe, Corrientes, Entre Ríos, San Juan, Catamarca, San Luis y Santiago del Estero. De la Ciudad pasó a la provincia de Buenos Aires afectando los 80 partidos que la constituían y en su avance alcanzó a los indios Pampa. En Buenos Aires el segundo brote mató más de 15.000 personas, 3000 de ellas en la ciudad y se asoció a la falta de higiene urbana y de aguas corrientes.

A partir de estos primeros brotes, dos corrientes epidemiológicas comenzaron a tomar cuerpo. La de los *contagionistas* que sostenían que la enfermedad se adquiría por el contacto con el enfermo o con sus vestidos y pertenencias y, por lo tanto, proponían soluciones tales

como las cuarentenas de los buques, los lazaretos para aislar a los pacientes, la desinfección y aún la quema de sus ropas y pertenencias. Y, por otro, los *anticontagionistas*, quienes afirmaban que las condiciones atmosféricas y los vientos transmitían de un lugar a otro las miasmas, que en ciertas condiciones locales e individuales eran capaces de favorecer el desarrollo de la enfermedad. (8)

La epidemia de 1886 puso en duda el descubrimiento de vibrión cólerico por Koch en 1883. El Departamento Nacional de Higiene negó el valor de los estudios bacteriológicos, que fueron apoyados por Penna en defensa de Koch. Esta epidemia tuvo como consecuencia el establecimiento de la cremación cadavérica, inspirada en los intereses de la higiene pública, despertando la sensibilidad eclesiástica. (9)

La epidemia cólerica también motorizó la aparición de nuevas instituciones, se fundó el Consejo de Higiene (1869), se organizó la Junta de Sanidad Nacional y se formuló un proyecto de Reglamento de Policía Sanitaria Marítima para la República Argentina, con el cual se apuntaba a establecer barreras preventivas, con el fin de evitar el ingreso de enfermedades o de enfermos que, como el cólera con frecuencia, tenían una procedencia naval. (10)

Entre 1865 y 1869 la guerra con el Paraguay enlutó a naciones hermanas y con ella las pestes asolaron a las tropas y a los poblados. En abril de 1867 el cólera hacía estragos en el ejército. El vapor Texeira de Freitas zarpó de Río de Janeiro a fines de febrero con el refuerzo para las tropas brasileñas, sembrando a su paso el cólera que ya afectaba a su tripulación de 200 soldados. El primer caso en la ciudad de Rosario se produjo el 15 de marzo de 1867. (11)

LA ENFERMEDAD

El cólera, es una enfermedad infecciosa exclusiva de los seres humanos, cuyo agente etiológico es el *Vibrio comma* o *Vibrio cholerae*.

La forma de transmisión de la enfermedad está relacionada en forma estrecha con el acceso inadecuado a agua limpia y saneamiento. Se pueden considerar áreas de riesgo los asentamientos periurbanos y campos de refugiados.

En la mayoría de los casos sintomáticos la diarrea es leve o moderada y es difícil de distinguir clínicamente de otras formas de diarrea aguda. Una minoría desarrolla diarrea acuosa aguda con deshidratación severa. (12)

En el 2020, 323.369 casos fueron reportados a la OMS con 857 muertes de 24 países. La carga estimada de enfermedad es de 1.3 a 4 millones de casos por año, con 21.000-143.000 muertes a nivel mundial. La diferencia entre la carga estimada de enfermedad y las notificaciones observadas se explican por deficiencia en los sistema de vigilancia y monitoreo de esta enfermedad (13).

Es una enfermedad de fácil tratamiento, ya que la mayoría de los pacientes pueden ser tratados con sales de rehidratación oral. Los pacientes adultos pueden requerir hasta 6 litros de sales de rehidratación oral para tratar la deshidratación moderada que se produce en el primer día de la enfermedad. Se sugiere la utilización de antibióticos es para disminuir la duración de la diarrea, reducir el volumen de las heces y acortar la cantidad y duración de excreción bacteriana en la materia fecal. La primera opción terapéutica es doxiciclina en monodosis. (14)

CONSIDERACIONES FINALES

Las observaciones del médico anestesista y brillante epidemiólogo inglés John Snow durante la epidemia de cólera que afectó a Londres entre 1848 y 1849, le permitieron formular una hipótesis innovadora: el cólera se transmitía mediante la ingestión de una materia mórbida invisible al ojo humano que actuaba en los intestinos produciendo un síndrome diarreico con deshidratación severa. Las aguas del Támesis recibían las deposiciones de los enfermos y luego el consumo del agua contaminada con la materia mórbida completaba el círculo del contagio. (15) En Buenos Aires, los casos más frecuentes ocurrieron en las zonas de la Boca o el Riachuelo, donde la infraestructura urbana era defectuosa y las condiciones socioeconómicas de la población eran más deficientes en relación a los habitantes de los barrios ubicados al Norte de la ciudad.

Las mejoras higiénicas y urbanísticas en la ciudad de Buenos Aires realizadas entre fines del siglo XIX y principios del XX, determinaron en el escenario porteño a un descenso de la mortalidad de la enfermedad colérica.

En relación a los brotes de los noventa se evidenció que fueron las condiciones ambientales, la carencia de agua potable o servicios de saneamiento en la población lo permitió la propagación del cólera. En tal sentido, si en las postrimerías del siglo XIX los focos estuvieron bien localizados en barriadas pobres, incluso en la misma ciudad de Buenos Aires, a finales del siglo XX el epicentro fue el Norte argentino. Ahora, si al comienzo el ingreso de la enfermedad se debió a la llegada masiva de inmigrantes europeos procedentes de zonas infectadas y el lugar por excelencia fueron los puertos navieros, cien años después lo fueron las zonas fronterizas del norte argentino identificadas puestas de ingreso de la enfermedad y del turismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Prevención y control de los brotes de cólera: política y recomendaciones de la OMS. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/topics/xholera/control/es/index.html>
2. Enfermedades producidas por gérmenes del género "Vibrio" (472.481). En: Pedro-Pons A, Farreras Valenti P, Foz Tena A, Suros Forns J, Surinyach oller R, Frouchtman Rager R. Tratado de patología y clínica médica. Tomo VI. Salvat Editores S.A. reimpresión 1975. ISBN 84-345-1106-1 Tomo VI.
3. Goerke H. 3000 años de historia de la medicina. 1986 Edit. Gustavo Gili. Cap 2: Enfermedades y epidemias. pp: 68-69.
4. Pollitzer R, Swaroop S, Burrows W. Cholera. Monogr ser World Health Organization 1958;58:1001-1019.
5. Quichua Lleni E, Noblecia A, Osco Matos I. Cólera. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos63/colra/colera.shtml>
6. Recalde Héctor. El cólera en Argentina. En: Todo es Historia. Año XXIV - N° 286. Abril 1991 (12-41) Inscripción en la Dirección Nacional de Derechos de autor N° 331.987.

7. Álvarez, Adriana. 2004. "El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires, 1870-1915". Revista do departamento de História e do Programa de pos-graduação em história. 9, 2: 287-219
8. Álvarez Cardozo C. La aparición del cólera en Buenos Aires (Argentina), 1865 – 1996. Revista de Historia Regional y Local. 2012; 4(8): 174 – 207.
9. González Leandri, R. 1999. Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires 1852-1886. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
10. Besio Moreno, N. 1936. Buenos Aires estudio crítico de su población (1536-1936). Buenos Aires: Librería Panamericana.
11. De Marco MA. La Sanidad. En: La Guerra del Paraguay. 1995. Grupo Editorial Planeta. ISBN 950-742-602-7 (159-195).
12. En: <https://www.paho.org/es/temas/colera>
13. Ali, M., Nelson, A. R., Lopez, A. L., & Sack, D. A. (2015). Updated Global Burden of Cholera in Endemic Countries. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 9(6), e0003832. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003832>.
14. En: Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Tratamiento de las enfermedades infecciosas 2020-2022*. (Octava Edición). Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275321003>.
15. Jaime Cerda L, Gonzalo Valdivia C. John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Rev. Chi Infect* 2007; 24(4) 331-334.

RESUMEN

El cólera es una toxoinfección alimentaria ocasionada por la ingesta de agua y alimentos contaminados por el *Vibrio cholerae*. Es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad y las primeras descripciones corresponden a Hipócrates. La primera epidemia documentada, sucedió en la India en 1817 y se extendió a Turquía y a los países árabes. En nuestro país, el primer brote ocurrió en 1856 en la ciudad de Bahía Blanca, asociada a la llegada de navíos con enfermos y a las deficientes condiciones sanitarias de la ciudad. Los sucesivos brotes se acompañaron de una alta mortalidad, a tal punto que el Dr. José María Penna señaló que costó más vidas a la nación que la guerra con Paraguay. En el presente artículo se analizan los sucesivos brotes de cólera en nuestro país.

Palabras clave: Cólera enfermedad – Cólera historia – Cólera en Argentina – Penna – *Vibrio cholerae*