

José Ignacio Allevi/Stefan Rinke (Eds.)

# Saberes globales y expertos locales en América Latina en el siglo XX



José Ignacio Allevi / Stefan Rinke (Eds.)

Saberes globales y expertos locales en América Latina en  
el siglo XX

# HISTORAMERICANA

Herausgegeben von  
Debora Gerstenberger, Michael Goebel,  
Hans-Joachim König und Stefan Rinke

Band 57

Wissenschaftlicher Beirat

Pilar González Bernaldo de Quiros (Université de Paris)

Sandra Kuntz Ficker (El Colegio de México)

Federico Navarrete Linares (Universidad Nacional Autónoma de México)

Thiago Nicodemo (Universidade Estadual de Campinas)

Scarlett O'Phelan (Pontificia Universidad Católica del Perú)

Ricardo Pérez Montfort (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México)

Eduardo Posada-Carbó (University of Oxford)

Hilda Sabato (Universidad de Buenos Aires)

Rafael Sagredo Baeza (Universidad Católica de Chile)

Lilia Moritz Schwarcz (Universidade de São Paulo)

José Ignacio Allevi / Stefan Rinke (Eds.)

# Saberes globales y expertos locales en América Latina en el siglo XX

Imagen de portada

Adelante, de izquierda a derecha: Sol Linowitz (Embajador de los Estados Unidos ante la Organización de los Estados Americanos (OEA)), Carlos Quintana (Secretario Ejecutivo de la CEPAL) y Manuel Balboa (Secretario Ejecutivo adjunto), caminando en pasillo lateral del Caracol del edificio de la CEPAL.

CEPAL, Santiago de Chile, 4 de septiembre de 1968

Propiedad intelectual y permisos de reproducción

La CEPAL es titular de los derechos de autor de todos los contenidos y metadatos asociados alojados en el Repositorio.

wbg Academic ist ein Imprint der Verlag Herder GmbH

© Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2024

Alle Rechte vorbehalten

[www.herder.de](http://www.herder.de)

Umschlaggestaltung: Arnold & Domnick GbR, Leipzig

Printed in Germany

ISBN Print: 978-3-534-64192-5

ISBN E-Book (OA): 978-3-534-64193-2

Parallele Veröffentlichung auf dem Refubium der Freien Universität Berlin:

<http://dx.doi.org/10.17169/refubium-44072>

Dieses Werk ist mit Ausnahme der Abbildungen (Buchinhalt und Umschlag) als Open-Access-Publikation im Sinne der Creative-Commons-Lizenz CC BY International 4.0 (»Attribution 4.0 International«) veröffentlicht. Um eine Kopie dieser Lizenz zu sehen, besuchen Sie <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. Jede Verwertung in anderen als den durch diese Lizenz zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

# Tabla de Contenido

<i>José Ignacio Allevi / Stefan Rinke:</i> Introducción: La historia global y América Latina a través de sus expertos.....	7
<b><i>La experticia sanitaria latinoamericana y su diálogo global</i></b> .....	19
<i>Juan Pablo Zabala / Nicolás F. Rojas:</i> Circulación de saberes e investigadores en la incorporación de la bacteriología en Buenos Aires a fines del siglo XIX y comienzos del XX. Tensiones entre lo local y lo global en la reconfiguración social y cognitiva del campo sanitario.....	21
<i>Pedro Felipe Muñoz:</i> Latinoamérica en la Exposición Internacional de Higiene de 1911: Dresde, un lugar de popularización de la ciencia de alcance global.....	45
<i>Germán Soprano:</i> Circulación transnacional de saberes de sanidad militar. La Gran Guerra en las perspectivas y experiencias de oficiales médicos del Ejército (Argentina, 1914–1938) .....	77
<i>María Silvia Di Liscia:</i> Investigaciones y entrelazamiento de expertos. La cirugía cardiovascular y las redes entre Argentina y Estados Unidos en el Siglo XX .....	113
<i>Javier Alejandro I. Castro Arcos:</i> Tecnología anticonceptiva y neomalthusianismo chileno en las redes de planificación familiar de la Guerra Fría global.....	137
<b>El mundo agrario latinoamericano, sus actores y su problematización internacional</b> .....	161
<i>Janne Schreurs: Whose Imperialism? Which Geography?</i> Brasil en la Sociedad Geográfica Real de Amberes (1900–1914) .....	163
<i>Federico Martocci:</i> ¿Cómo se mejoró el trigo en las llanuras pampeanas? Circulación transnacional de genetistas, producción de conocimientos para el agro y rol de los actores rurales (1912–1927) .....	191
<i>Carolina Da Cunha Rocha:</i> Un agrónomo, una profesora rural y un <i>jeep</i> : mercado internacional, políticas agrarias y técnicos de Estado en Brasil (1930–1960).....	217
<i>Ingrid Carolina Hormaza:</i> La fotointerpretación y la geografía alemana sobre la colonización agraria en Costa Rica 1958–1968 .....	243
<b>Dinámicas globales de la segunda posguerra y sus inscripciones continentales</b> .....	285

<i>Natacha Bacolla / Jimena Caravaca: Prácticas de la consultoría en perspectiva histórica. Mediaciones globales y locales en la circulación del conocimiento económico.</i>	287
<i>Cristiana Facchinetti: La Fábrica INTEC: intelectuales, saberes y tecnologías en la huida del nazismo y en el refugio en Brasil (1938–1954).</i>	305
<i>Andrea Lluch: Administración para el desarrollo: ideas, expertos y agencias en Argentina en perspectiva transnacional, nacional y regional (1950s–1960s).</i>	329
<i>Florencia Agustina Brizuela: El Centro Interamericano de Vivienda y Planeamiento en Argentina: saberes transnacionales en torno a la vivienda durante la década de 1960.</i>	355
<i>Nicolás A. Camino Villaseca: La Guerra Fría y el pensamiento sociológico latinoamericano: la Conferencia de Montevideo, 1965.</i>	375
<b>Autores</b>	391

# Circulación transnacional de saberes de sanidad militar. La Gran Guerra en las perspectivas y experiencias de oficiales médicos del Ejército (Argentina, 1914–1938)

Germán Soprano

En la Argentina del cambio del siglo XIX al XX, en el Ejército se propiciaron proyectos y procesos de modernización, burocratización y profesionalización militar.<sup>1</sup> La circulación transnacional, apropiaciones y adaptaciones locales – principalmente – del “modelo prusiano” o “alemán” de Ejército y su concepción sobre la defensa nacional tuvo un papel fundamental en ese contexto.<sup>2</sup> El servicio de sanidad del Ejército no

---

<sup>1</sup> Empleo en forma genérica “Ejército Argentino” para referir al instrumento militar terrestre del siglo XX, pero dicha denominación se impuso el 30 de octubre de 1922 en reemplazo de “Ejército Nacional”. Para un análisis del debate historiográfico sobre el recurso heurístico a las categorías analíticas modernización, burocratización y profesionalización militar: Soprano, Germán: ¿De qué hablamos cuando decimos modernización, burocratización y profesionalización militar en la Argentina de principios del siglo XX? Problemas y enfoques historiográficos a propósito de esta cuestión. En: Estudios del ISHIR vol. 11, Núm. 31 (2021), p. 1–22.

<sup>2</sup> Véase: Potash, Robert: El Ejército y la política en la Argentina. 1928–1945. De Yrigoyen a Perón. Buenos Aires. 1994; Rouquié, Alain: Poder militar y sociedad política en la Argentina. Tomo I. Buenos Aires. 1986; García Molina, Fernando: La prehistoria del poder militar en la Argentina: la profesionalización del modelo alemán y la decadencia del régimen oligárquico. Buenos Aires. 2010; Dick, Enrique: La profesionalización en el Ejército Argentino (1899–1914). Buenos Aires. 2014; Cornut, Hernán: Pensamiento militar en el Ejército Argentino. 1920–1930. La profesionalización, causas y consecuencias. Buenos Aires. 2018; Dick, Enrique y Schiavo, Gustavo: La profesionalización en el Ejército Argentino. Período de observación y aplicación (1914–1928). Buenos Aires. 2020.

fue ajeno a esas iniciativas y cambios.<sup>3</sup> Los oficiales médicos del Ejército seguían la producción de saberes teóricos y prácticos sobre sanidad militar de los ejércitos europeos y de Estados Unidos: adquirían libros, reglamentos y manuales; traducían y publicaban artículos; se perfeccionaban en sus institutos y hospitales; participaban de congresos científicos; compraban materiales, equipamiento e instrumental médico y hospitalario; incorporaban atributos doctrinarios a sus reglamentos tácticos; en suma, relevaban, analizaban y comparaban concepciones y experiencias militares y sanitarias internacionales y, eventualmente, decidían qué apropiarse y cómo adecuarlas a la realidad local.<sup>4</sup> Por tal motivo, este trabajo tiene por objeto comprender las perspectivas y experiencias de oficiales médicos argentinos, particularmente, acerca de la sanidad de los ejércitos de Alemania y Francia en la Gran Guerra. Me serviré del análisis de memorias institucionales y publicaciones especializadas del Ejército producidas entre 1914 – comienzo de la Primera Guerra Mundial – y 1938 – visperas de la Segunda Guerra Mundial –.

### *Médicos militares*

Los médicos del servicio de sanidad tenían estado militar y pertenecían al cuerpo profesional del Ejército.<sup>5</sup> El diseño orgánico moderno del servicio se definió en su reglamento provisorio de 1881 y con la sanción en 1888 de la ley 2377 Orgánica del Cuerpo de Sanidad del Ejército y la Armada, reglamentada en 1891. Los oficiales médicos se formaban en las Facultades de Medicina de las universidades nacionales y, desde 1898, a partir del 3º o 4º año de sus estudios universitarios complementaban su formación en la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar, denominada desde 1910

---

<sup>3</sup> Soprano, Germán: El servicio de sanidad militar en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del ejército argentino (1888–1938). *Salud Colectiva*, Núm. 15 (2019), p. 1–18.

<sup>4</sup> La circulación transnacional de saberes teóricos y prácticos de sanidad militar opera en este trabajo en el sentido “norte a sur”, es decir, desde los países considerados en la época como centrales en la producción de conocimientos y experiencias militares y de guerra hacia una periferia.

<sup>5</sup> Su jerarquía como profesionales asimilados era: cirujano de cuerpo (teniente primero), cirujano de regimiento (capitán), cirujano de brigada (mayor), cirujano de división (teniente coronel), cirujano de ejército (coronel) y cirujano mayor (general de brigada).

como Escuela de Aplicación en Medicina Militar.<sup>6</sup> Por tanto, ingresaban al Ejército con unos saberes militares elementales que posteriormente debían acrecentar en sus carreras profesionales.<sup>7</sup>

¿Qué misiones cumplían los médicos militares? En 1922, el teniente coronel Basilio Brollo – oficial destinado en el Estado Mayor General del Ejército – y el cirujano de regimiento Carlos P. Berri – profesor de “Higiene Militar” en la Escuela Superior de Guerra – las definían en su artículo “Preparación militar de los oficiales de sanidad”. Estos autores concebían la defensa nacional y el instrumento militar terrestre conforme a la noción de “nación en armas”, es decir, asumiendo que la “guerra moderna” requería de todas las “fuerzas físicas y morales del país”. En esa concepción, los médicos militares cumplían un rol en “tiempo de paz” cuidando la salud de oficiales, suboficiales y soldados, en “tiempo de guerra” curando sus heridas y preservándolos de enfermedades infecciosas y al concluir la guerra debían procurar restituirlos sanos o por lo menos en condiciones para reinsertarse en la vida civil.<sup>8</sup>

Dichos saberes teóricos y prácticos eran aprendidos en institutos, hospitales y unidades operativas del Ejército, pero también destinando a los oficiales a otros países como Francia y Alemania para conocer sus sistemas de sanidad militar.<sup>9</sup> No es casual, pues, que Brollo y Berri mencionaran estos dos países cuyos ejércitos protagonizaron

---

<sup>6</sup> A principios del siglo XX, existían las Facultades de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de Córdoba. En 1920 se creó la Universidad Nacional del Litoral que contó con una Facultad de Medicina y en 1934 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata que se organizó sobre la base de una Escuela preexistente donde se cursaban algunos años de la carrera. Pérgola, Federico: *Historia de la medicina argentina. Desde la época de la dominación hispánica hasta la actualidad*. Buenos Aires. 2014. Por su parte, la Escuela de Aplicación del Ejército discontinuó su funcionamiento entre 1905 y 1910 y lo retomó con regularidad desde 1916. En el período comprendido en este trabajo, la mayoría de los médicos militares eran graduados de la Universidad de Buenos Aires. Sobre la formación de los médicos militares. Soprano, Germán: *Formación y perfil profesional de los médicos del Ejército Argentino a principios del siglo XX*. En: *Trabajos y Comunicaciones*, Núm. 53 (2021), p. 1–18.

<sup>7</sup> Sobre los perfiles y trayectorias de los médicos militares entre las décadas de 1880 y 1930: Soprano, Germán: *Trayectorias profesionales de médicos militares en el Ejército Argentino: de la etapa fundacional a la consolidación del servicio de sanidad moderno (1888–1938)*. En: *História Unisinos* vol. 26, Núm. 2 (2022), p. 280–295.

<sup>8</sup> Brollo Basilio y Berri, Carlos P.: *Preparación militar de los oficiales de sanidad*. En: *Revista de la Sanidad Militar Año XXI*, Núm. 2 (1922), p. 263–269.

<sup>9</sup> Brollo y Berri también mencionan Japón, pero no dieron precisiones. Las Fuerzas Armadas del Japón estaban en la mira de los militares argentinos al menos desde la Guerra Ruso-Japonesa.

la Gran Guerra y constitúan una referencia internacional – si bien no excluyente – para los militares de la época.<sup>10</sup>

### *Circulación trasnacional y adecuación local de experiencias de “guerras ajenas”*

La definición de un conjunto sistemático de saberes teóricos y prácticos que orienten el accionar del cuerpo de sanidad en el nivel táctico – la táctica de la sanidad – constituyó un desafío que afrontaron las conducciones castrenses y los médicos militares en las primeras décadas del siglo XX. Su definición se produjo apelando a conocimientos y experiencias de las denominadas “guerras propias” y “guerras ajenas”. Entre las primeras contaban la Guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay, las campañas contra poblaciones aborígenes de Pampa – Patagonia y el Chaco y los conflictos político – militares de la Argentina de la segunda mitad del siglo XIX. Y entre las segundas incluían las “guerras modernas” como la Guerra de Crimea (1854–1856), de Secesión Norteamericana (1860–1865), Austro-Prusiana (1866), Franco-Prusiana (1870–1918), Turco-Rusa (1877–1878), Chino-Japonesa (1894–1895), Hispano-Americana (1898–1899), Anglo-Boer (1899–1902), Ruso-Japonesa (1904–1905), de los Balcanes (1912–1913) y la Gran Guerra (1914–1918).<sup>11</sup>

Los médicos militares argentinos tenían en cuenta que la circulación trasnacional y apropiación de los saberes teóricos y prácticos relacionados con estas “guerras ajenas” no podía hacerse sin operar adecuaciones a las condiciones doctrinarias, orgánico-funcionales y escenarios en que preveían empeñar los elementos del Ejército en el marco de hipótesis de conflicto con Chile y Brasil. En 1922, el cirujano de

---

<sup>10</sup> Los médicos militares argentinos también estudiaron modelos de organización y experiencias de guerra de servicios de sanidad de otros países europeos; así pues, tradujeron artículos que analizaban los servicios de sanidad de los ejércitos del Reino Unido: Brescher, C.: Experiencia quirúrgica de los países Aliados en la Gran Guerra. 1914–1918. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXVI, Núm. 2 (1937), p. 128–151; Tedeschi, Alejandro: El servicio sanitario y la profilaxis en la guerra. En: Revista de la Sanidad Militar Año XV, Núm. 7–8 (1916), p. 308–314; Galperin, Ubaldo: Organización del Servicio Sanitario en el Ejército Italiano. En: Revista de la Sanidad Militar Año XV, Núm. 7–8 (1916), p. 315–323; y de Estados Unidos: Raybaud, E.: Preparativos del servicio sanitario del Ejército de EEUU de Norte América. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVII, Núm. 1 (1918), p. 78–81.

<sup>11</sup> Soprano, Germán: La táctica de la sanidad militar en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del Ejército Argentino a principios del siglo XX. En: Investigaciones y Ensayos, Núm. 69 (2020), p. 56–79.

regimiento Carlos P. Berri publicó su artículo sobre el “Rendimiento del servicio sanitario argentino en las zonas de operaciones durante las marchas y el estacionamiento” donde planteaba que las concepciones y experiencias sanitarias de los ejércitos de Francia y Alemania no podían tomarse como un modelo a reproducir mecánicamente debido a que los escenarios bélicos sudamericanos – en particular, aquellos previstos en una potencial guerra con Chile o Brasil – no tendrían la estabilidad de la “guerra de trincheras” del Frente Occidental en la Gran Guerra.<sup>12</sup>

A su vez, otro problema que acarrearba la adecuación de concepciones y experiencias de distintos ejércitos extranjeros era su integración coherente y sistemática en la doctrina y organización de la sanidad del Ejército Argentino, cuestión que no siempre se alcanzaba satisfactoriamente. En este sentido, Berri consideraba que el “Reglamento del Servicio de Sanidad en Tiempo de Guerra” de 1913 era una adaptación del reglamento francés y el “Reglamento de Servicio en Campaña” de 1919 se asemejaba al reglamento alemán, pero esta doble influencia había dado lugar a disposiciones inconsistentes debido a que los modelos de organización de la sanidad militar francesa y alemana eran diferentes.<sup>13</sup>

### *Sanidad del ejército alemán*

La sanidad del ejército alemán durante la Gran Guerra fue objeto de varios artículos encomendados por el director general de Sanidad al cirujano de brigada Pedro

---

<sup>12</sup> Berri, Carlos P.: Rendimiento del servicio sanitario argentino en la zona de operaciones durante las marchas y el estacionamiento. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXI, Núm. 2 (1922), p. 283–339.

<sup>13</sup> En un artículo traducido por Mario O’Donnell sobre el servicio de sanidad del Ejército francés – en el cual no se consignaba el autor – se llamaba la atención sobre la necesidad de adecuar los reglamentos del servicio de sanidad en campaña elaborados en tiempos de paz a las condiciones impuestas en los tiempos de guerra. Sin Autor: El Servicio de Sanidad de los Ejércitos en Francia. En: Revista de la Sanidad Militar Año XV, Núm. 5–6 (1916), p. 249–259. A su vez, los cirujanos de cuerpo Victorino Solá y Ricardo Luis Huidobro describieron, respectivamente, la concepción de empleo del servicio de sanidad, por un lado, en una unidad operativa en combate y, por el otro, en una división de ejército, regimiento y batallón de infantería en combate en el Ejército Argentino. Solá, Victorino: Servicio sanitario regimentario durante el combate. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXV, Núm. 2 (1926), p. 131–142. Huidobro, Ricardo Luis: Funcionamiento sanitario dentro de la División de Ejército, Regimiento y Batallón de Infantería en Campaña durante la marcha, descanso y combate. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXX, Núm. 6 (1931), p. 479–496.

Barbieri.<sup>14</sup> Barbieri se enfocó en la experiencia en la Gran Guerra del XIII Cuerpo de Ejército alemán con asiento en el Estado de Wurtemberg, conforme fue descrita por el general de sanidad alemán Herman Koetzle en el libro “Das Sanitaetswesen im Weltkrieg 1914–1918”.<sup>15</sup> Barbieri se proponía no sólo dar a conocer un sistema de sanidad de cuya doctrina y experiencia los “argentinos” tenían “mucho que aprender”, sino demostrar una cuestión poco apreciada en “tiempo de paz” en todos los países: que la capacidad de combate de un ejército reposaba en su servicio de sanidad, pues por más instruido y equipado y bien conducidos por sus jefes, los soldados nada podían hacer si su salud no era cuidada antes, durante y después del combate a las epidemias o los estragos causados por las armas de fuego modernas.<sup>16</sup>

De acuerdo con Barbieri, el servicio de sanidad del XIII Cuerpo de Ejército alemán contaba en “tiempo de paz” con 77 médicos y en la Gran Guerra llegó a disponer de 1055. Ese incremento se correspondía con un aumento proporcional de personal en la tropa y fue posible porque en “tiempo de paz” tenía organizadas las “reservas” de ciudadanos a movilizar al “pie de guerra” conforme la concepción de la “nación en armas”. De este modo, en un breve período se movilizaron profesionales civiles, profesores universitarios y estudiantes avanzados de medicina. Barbieri ejemplificaba cómo se produjo la movilización para los hospitales de campo:

---

<sup>14</sup> Barbieri, Pedro: El servicio sanitario en el Ejército alemán (XIII Cuerpo de Ejército) durante la Guerra Mundial 1914–1918. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXI, Núm. 1 (1932), p. 52–72; Barbieri, Pedro: El servicio sanitario en el Ejército alemán (XIII Cuerpo de Ejército) durante la Guerra Mundial 1914–1918. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXI, Núm. 2 (1932), p. 150–174. Barbieri, Pedro: El servicio sanitario en el Ejército alemán (XIII Cuerpo de Ejército) durante la Guerra Mundial 1914–1918. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXI, Núm. 3 (1932), p. 217–274. Barbieri también tradujo del alemán tres artículos: Instituto de Higiene del Ejército: El servicio higiénico durante la Guerra Mundial. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXI, Núm. 3 (1932), p. 357–378. Brescher, C.: El servicio higiénico durante la Guerra Mundial. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXI, Núm. 4 (1932), p. 357–378. Brescher, C.: Experiencia quirúrgica, p. 128–151. También Juan F. Torrent (1918a) se ocupó de la sanidad de los regimientos alemanes durante la Gran Guerra. Torrent, Juan F.: Organización sanitaria. El servicio sanitario regimentario alemán. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVII, Núm. 1 (1918), p. 104–107. Sobre experiencias del servicio de sanidad del ejército alemán comparado con el francés durante los primeros años de la Gran Guerra se tradujo, además, un artículo de un médico italiano: Rossi, Baldo: Impresiones de un cirujano en los países en guerra. En: Revista de la Sanidad Militar Año XV, Núm. 3–4 (1916), p. 113–131.

<sup>15</sup> “La sanidad en la Guerra Mundial. 1914–1918” comprendía: la movilización para la guerra; la guerra de movimiento y de posiciones; la guerra de montaña; el sistema de etapas e interior de la sanidad militar.

<sup>16</sup> Barbieri: El servicio sanitario en el Ejército alemán, p. 52–54.

Al segundo día de movilización llegó al sitio indicado el jefe cirujano, que había sido precedido por un oficial de administración y un oficial del tren [sanitario] que constituyeron el núcleo a que se agregó el resto de las tropas. Por series llegaron los días siguientes, médicos, farmacéuticos, suboficiales de sanidad, camilleros y soldados del tren. Más tarde se recibió el vestuario, el equipo; al 6º día llegaron los caballos y se pudo sacar los vehículos del depósito del tren. Innumerables minuciosidades se presentaron a resolución del cirujano jefe, quien tenía que preocuparse de ellas para organizar la formación sanitaria, desde que en la guía de movilización sólo se dan directivas a grandes rasgos. La distribución de hombres y ganado; el reparto y prueba de vestuario y equipo; las listas de presencia; la instrucción en los trabajos que competen a la compañía, en primeros auxilios, en transporte de heridos, armar carpas, uso de armas, cuidado de ganado, carreteo, carga y descarga de los carros de sanidad y material, equitación; todo ello ocupaba el día y la mitad de la noche. Al 8º día de movilización estaban listos para marchar 16 hospitales de campo del XIII Cuerpo de Ejército. El día 9º tuvo lugar una revista general que dejó la más grata impresión [...] Las compañías de sanidad estuvieron listas para marchar ya el 6º día; al 11º día los hospitales de campo se incorporaron a las columnas y al tren del cuerpo del ejército.<sup>17</sup>

Ese incremento del personal fue posible porque ya estaba previsto en “tiempo de paz”:

El ejército no sólo aumentó en número, sino que se crearon nuevas unidades que no existían para lo que fue necesario llevar oficiales y suboficiales de sanidad, material sanitario, vehículos, etc., con las formaciones sanitarias correspondientes. Sobre el plan de movilización primitivo fue necesario durante la guerra llevar de 4 a 10 las compañías de sanidad; de 4 a 23 los hospitales de campo; organizar 7 trenes sanitarios y 4 depósitos de sanidad de etapas; además de las existentes.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Ibid., p. 57-58.

<sup>18</sup> Ibid., p. 56-57.

Ahora bien, si bien Barbieri reconocía que cabía aprender del conocimiento de las experiencias alemanas en la Gran Guerra, concluía que el cuerpo de sanidad del Ejército Argentino tenía “mucho que copiar” del alemán, pero “no servilmente”, sino adaptando las experiencias exitosas de los alemanes en la Gran Guerra a las “condiciones de terreno y a las características fisiológicas y patológicas de los habitantes, las medidas de carácter higiénico, terapéutico y para el transporte de los enfermos y heridos”.<sup>19</sup>

### *Sanidad del ejército francés*

Durante la Gran Guerra, el agregado militar argentino en el Reino Unido, el teniente coronel Luis José García, envió a la Dirección General de Sanidad diecinueve manuales médicos del servicio de sanidad del Ejército francés y varias publicaciones e informes del servicio británico. Entre los primeros se contaban los manuales sobre localización y extracción de proyectiles; tratamiento de heridas infectadas; fracturas de articulaciones y huesos; fracturas de la mandíbula; heridas de guerra en los ojos, cráneo y cerebro; heridas de abdomen; heridas de arterias y venas; otitis y sordera de guerra; psiconeurosis de guerra, histerismo y formas clínicas de lesiones nerviosas; efectos posteriores en heridas de huesos y articulaciones; miembros artificiales; tétano, tifoidea, disentería, cólera, tifus, malaria y sífilis.<sup>20</sup>

También sobre el servicio de sanidad del Ejército francés, el cirujano de regimiento Juan A. Oribe publicó una extensa reseña de un libro del médico militar francés Henry A. Mignon.<sup>21</sup> Aquella reseña que tenía como propósito ofrecer a los médicos militares argentinos una “enseñanza” de “utilidad” sobre el servicio de sanidad en la Gran Guerra con sus “éxitos” y sus “fracasos”. A diferencia del libro institucional del Ejército alemán glosado por Barbieri, Oribe eligió uno donde su autor exhibía apreciaciones personales sobre su experiencia. Así, por ejemplo, Mignon afirmaba que:

---

<sup>19</sup> Barbieri: El servicio sanitario en el Ejército alemán, Núm. 3, p. 241. En vísperas de la Segunda Guerra Mundial, la Dirección General de Sanidad tradujo un artículo sobre la prestación del servicio de sanidad en la línea de combate: *Militär Wochenblatt: Sobre la táctica sanitaria en la zona de combate más adelantada*. En: *Revista de la Sanidad Militar* Año XXXVII, Núm. 5 (1938), p. 428–432.

<sup>20</sup> Antelo, Nicómedes: Lista de manuales médicos militares. En: *Revista de la Sanidad Militar* Año XVII, Núm. 3 (1918), p. 302–304.

<sup>21</sup> Mignon, Henry Alfred: *Le service de la sante pendant la guerre. 1914–1918*. Paris. 1927.

El reglamento del servicio de Sanidad hubiera debido instruirme, pero me resultó de tal aridez que no encontré un solo elemento de opinión utilizable. Indica la organización general del servicio, las atribuciones de los jefes principales, las disposiciones concernientes al personal y a la ejecución del servicio, durante y después del combate, tanto en el frente como en la retaguardia, tanto en el campo raso como en las plazas fuertes. Pero las indicaciones son presentadas por ramas o capítulos, sin que los órganos estuviesen unidos entre ellos y sin sentir circular la vida en el organismo entero.<sup>22</sup>

Aquella evaluación del reglamento francés ponderando sus virtudes y defectos, también era un llamado de atención que Oribe ponía tácitamente a consideración de los lectores argentinos, sobre todo, advirtiendo sobre su empleo desconsiderando los contextos de aplicación. Ya sea en “tiempo de paz” o en “tiempo de guerra”, la evaluación situada, interpretación y juicio crítico del médico militar contaban en una adecuada ejecución de las prescripciones reglamentarias. Para Mignon, el reglamento de sanidad servía para funcionar en coordinación con otros servicios del Ejército pero su “aplicación exigía una gran parte de iniciativa” y las “soluciones de un mismo problema no se podían prever de antemano”.<sup>23</sup>

Otra cuestión que Oribe tomaba de la revisión crítica de Mignon sobre su experiencia en el sistema de sanidad francés estaba relacionada con la necesidad de incorporar a los oficiales médicos como asesores en los Estados Mayores del Ejército para que cumplan funciones como los oficiales de las armas combatientes (infantería, caballería, artillería e ingenieros). Su experiencia como jefe del servicio de sanidad del III Ejército del Ejército francés en el Frente Occidental, en este sentido, había sido inicialmente insatisfactoria. Mignon contaba que a partir del 1º de agosto de 1914, el general de división Clément de Grandpré y su jefe de Estado Mayor convocaban a los jefes de todos los servicios a reuniones periódicas para comunicar novedades, pero como responsable de la sanidad no recibía ninguna precisión sobre la situación militar ni comunicaciones sobre las intenciones de su comando:

---

<sup>22</sup> Mignon citado en: Oribe, Juan A.: El servicio de sanidad durante la guerra. 1914–1918. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXI, Núm. 6 (1932), p. 566.

<sup>23</sup> Ibid., p. 566.

[...] considerándonos casi como extraños, situación que soportábamos penosamente. Pronto caímos en cuenta que se quería reducir al *mínimum* toda iniciativa individual, teniendo que renunciar hasta al derecho de cambiar el personal o desplazar las formaciones sanitarias. Sólo podía presentar proposiciones y restringirme a mi rol técnico dentro del que tenía amplia libertad para dar instrucciones sobre el tratamiento de las heridas o la oportunidad de las amputaciones. Todos los pedidos de material, que no fueran los usuales eran invariablemente rechazados. De las reuniones con el estado mayor, saqué la triste impresión que al jefe del S.S. [servicio de sanidad] se lo consideraba como un personaje fastidioso, cuya única misión fuera poner los heridos en un tren que los llevara muy lejos para desembarazarse de ellos.<sup>24</sup>

Pero esta cuestión implicaba no sólo la necesidad de un reconocimiento de la conducción de los Estados Mayores sino una mayor exigencia para los oficiales médicos que debían adquirir, además de sus conocimientos específicos en sanidad, saberes de estado mayor y de táctica de las armas para desenvolverse correctamente como asesores en un Estado Mayor en su específico campo de competencia. Había que transformar a los médicos en oficiales de Estado Mayor. Mignon decía: “Yo estaba comprendido en el número de médicos que no podían hacerse a la idea de que el servicio de sanidad militar debía regirse por las fórmulas de estado mayor. Pero a qué doctrina atenerse?”<sup>25</sup> El reglamento de sanidad del Ejército francés, según Mignon, no ofrecía respuestas a esta pregunta clave.

Al igual que otros médicos militares, cuando comenzó la Gran Guerra, Mignon carecía de conocimientos bélicos prácticos, si bien, en 1912 había participado de un ejercicio militar en el terreno en los que los servicios sanitarios de cada Cuerpo de Ejército debieron demostrar cómo trasladar heridos desde las líneas de combate hasta los hospitales en la retaguardia mediante un sistema de evacuación gradual por etapas. Algunas experiencias de la sanidad civil fueron una referencia inicial en la Gran Guerra como la prestación de servicios en accidentes ferroviarios cuya atención debía hacerse en etapas como en la guerra: primero curaciones básicas en el lugar del siniestro, transporte al centro de atención sanitaria, y cura y convalecencia en el

---

<sup>24</sup> Ibid., p. 573.

<sup>25</sup> Ibid., p. 567.

hospital. Esta última comparación podía resultar simplista, pero en su experiencia había resultado útil:

Yo veía el día del combate, al personal médico quirúrgico dirigirse en masa a las proximidades del campo de batalla en el límite de la trayectoria de los obuses. Ellos desplegaban su material quirúrgico en las casas o en carpas en caso de faltar éstas, y operaban de urgencia los heridos cuya urgencia exigía una intervención inmediata. A epidemia de heridos, había que oponer afluencia de cirujanos. Por eso yo consideraba necesaria la constitución de una gran reserva sanitaria para enviar inmediatamente al lugar donde hubiese una gran aglomeración de heridos.<sup>26</sup>

El reglamento de sanidad del Ejército, las experiencias en ejercicios militares en el terreno y los conocimientos sobre la intervención sanitaria urgente en accidentes en el medio civil en “tiempo de paz” eran recursos indispensables que un médico militar podía emplear en “tiempo de guerra”. Sin embargo, Mignon recordaba que era preciso que los oficiales médicos tuvieran iniciativa en el campo de batalla, porque el mayor desafío en la guerra consistía en aplicar conocimientos en una situación donde no sólo estaba en riesgo la vida de sus pacientes sino la suya propia. Estas reflexiones – concluía – le permitieron abordar sus “responsabilidades sin temor”, teniendo “una idea clara de lo que podía acontecer”, pues un “jefe sin ideas directrices sobre el modo de organizar los medios puestos a su disposición, sin un concepto preestablecido de las realidades del mañana es susceptible de dudar ante una decisión a tomar o actuar en un sentido que el mismo condenará ulteriormente.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Ibid., p. 569.

<sup>27</sup> Ibid., p. 570–571. Oribe también sintetizaba el análisis de Mignon sobre la experiencia del III Ejército del Ejército francés desde el comienzo de la Gran Guerra hasta la ofensiva alemana sobre Verdun en 1916: concentración de tropas; primeros combates con los alemanes; la retirada hasta el Marne y la vuelta hacia el norte; la organización del servicio de sanidad francés cuando se consolidó el frente; y el estudio de las heridas de guerra y la epidemiología en la guerra.

## *Sanidad y organizaciones militares*

De acuerdo con el cirujano de regimiento Carlos P. Berri era preciso preparar al servicio de sanidad del Ejército Argentino para atender a las necesidades y demandas de un conflicto como la Gran Guerra. Ello requería de una organización sanitaria grande y compleja como la atribuida al VI Ejército francés:

2 centros para atención de fracturas, 1 centro neuro- psiquiátrico, 1 centro médico legal, 2 centros de atención de intoxicados por gases, 1 servicio maxilo-facial, 1 servicio principal de otorrinolaringología, 1 servicio principal óculo orbitario, 1 servicio de urología, 1 servicio de dermatovenerología y 3 servicios de enfermos leves; y, por otro lado, puestos con materiales especiales: 20 radiológicos, 7 laboratorios de bacteriología, 7 puestos de esterilización central, 16 de desinfección, 100 autoclaves de servicio operatorio, 18 grupos de lavaderos enjuagadores y 2 coches para hielo. El personal de sanidad argentino, sin embargo, era 'absolutamente insuficiente' para completar una organización de ese tipo e incluso era menor a la que poseía Francia antes de la Gran Guerra.<sup>28</sup>

Pero los problemas del Ejército Argentino para cumplimentar una organización sanitaria acorde con la "guerra moderna" no sólo se derivaban de la relativa escases de recursos materiales y humanos, sino de otros factores resultantes de la organización y doctrina. De acuerdo con Berri:

Es sabido que entre nosotros el estado mayor de división es muy semejante al de los cuerpos de ejército alemanes, sin embargo hace muy poco se ha creado en nuestro país el puesto de subjefe del estado mayor para dirigir los servicios de la Sección III (intendencia, sanidad, veterinaria) esperando así subsanar la falta de preparación del personal directivo de estas secciones. No tenemos mayor fe en esta medida, y para nosotros la solución está en la ya indicada, participación de los oficiales de sanidad en ejercicios, etc. y también lo mismo para los oficiales combatientes, en la realización de más ejercicios finales y más maniobras.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Berri: Rendimiento del servicio sanitario argentino, p. 289.

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 304.

Era preciso entonces, por un lado, que el jefe de la sanidad fuera incorporado en forma plena como miembro del Estado Mayor General del Ejército para asesorar a su jefe en la toma de decisiones sobre todos asuntos relativos al servicio de sanidad durante las operaciones. Por otro lado, había que incorporar oficiales médicos y farmacéuticos en la sección de sanidad del Estado Mayor General para que controlen los órganos subalternos del servicio de sanidad. Y, por último, este servicio debía disponer de medios de movilidad propios, toda vez que se preveía que la “guerra de posiciones” como la del Frente Occidental en la Gran Guerra sería una completa excepción en Sudamérica donde, por el contrario, primaría la “guerra de movimiento” y, por tanto, la prestación del servicio sanitario debía contar con medios para el traslado de heridos desde el campo de batalla y la zona de operaciones hasta las zonas de etapas e interior.<sup>30</sup>

De acuerdo con Berri, asimismo, el personal de sanidad era insuficiente en el Cuartel General de la División de Ejército y en sus regimientos de infantería, caballería, artillería, batallones de zapadores pontoneros, del servicio telegráfico, del tren sanitario y del parque. Así pues, en las Divisiones era indispensable un incremento de oficiales de sanidad debido a que – decía Berri – como en el Ejército Argentino no existía el Cuerpo de Ejército, el cirujano de división debía cumplir con funciones más complejas que sus pares franceses en la marcha y el combate:

En este último país [Francia] la división es unidad táctica y dispone de más reducidos elementos, en consecuencia, el jefe de su servicio es ante todo asesor técnico del comando, le corresponde, pues, funciones que se desarrollan casi independientemente de los servicios operativos que estén en manos del jefe de servicio de la unidad operativa o sea del cuerpo de ejército, siendo nuestra división a la vez unidad táctica y operativa, caben al cirujano de división las funciones correspondientes a ambos.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Como sostiene Hernán Cornut, los oficiales argentinos pertenecientes al cuerpo combatiente del Ejército, reconocían “una absoluta congruencia entre la situación geopolítica de Alemania y Argentina, para la que en ambos casos debían recurrir a una maniobra por líneas interiores para resolver lo comprometido de su posición frente a sus vecinos beligerantes”. Cornut: *Penamiento militar*, p. 121. En este sentido, la organización y funcionamiento del servicio de sanidad del Ejército Argentino debía estar en condiciones de acompañar esa concepción y despliegue del instrumento militar conforme a las hipótesis de conflicto vecinales con Chile y Brasil.

<sup>31</sup> Berri: *Rendimiento del servicio sanitario argentino*, p. 292.

En relación con las limitaciones de personal de sanidad a nivel de regimiento de infantería, Berri destacaba que un médico para atender las mil plazas que componían un batallón era insuficiente, incluso considerando que fuese asistido por un auxiliar de sanidad: “La realidad nos enseña que tales cabos enfermeros son incapaces de desempeñar medianamente sus funciones en tiempo de paz, por lo tanto hay que contar que en campaña no lo harán mejor”.<sup>32</sup> Por tal motivo, al menos había que dotar estas unidades de un estudiante de la carrera de medicina con experiencia hospitalaria. A su vez, no sólo era necesario más personal para asistir a los infantes en combate sino en las marchas en el curso de las cuales muchos quedaban “estropeados”, pues aun cuando la infantería estuviera bien entrenada, “que no lo está”, decía, “la naturaleza de los caminos y el calzado reglamentario influirán para que los lastimados en los pies superen todas las previsiones”.<sup>33</sup> Durante las marchas debía organizarse entonces la revista de los pies por parte de los jefes directos de los soldados y por un enfermero, quienes controlaban también el estado del calzado y de las medias y verificaban que los soldados no se curen a sí mismos. Los médicos asistían esas revistas por turnos sin invadir la jurisdicción de jefes y oficiales con mando en la tropa.<sup>34</sup> Por su parte, las compañías de ametralladoras también estaban disminuidas en personal de sanidad: contaban con dos camilleros y cuánto menos debían ser cuatro, pues aun que el número de hombres era menor que en las compañías de infantería, su participación en el combate – Berri reconocía una tendencia a reemplazar una compañía de infantería en cada batallón por una de ametralladoras – requería de asistencia sanitaria acorde con su importancia; y en caso que las compañías de ametralladoras se agregaran a los batallones de infantería, el servicio sanitario de estos últimos debía contar con al menos dos médicos.<sup>35</sup>

En los regimientos de caballería del Ejército Argentino, Berri estimaba que la cantidad de médicos debía elevarse de uno a dos, considerando que la caballería en la “guerra de movimiento” de los ejércitos sudamericanos desempeñaba y desempeñaría funciones más amplias y más diversas que en Europa.<sup>36</sup> Del mismo modo, en los regimientos de artillería debían introducirse incrementos, pues aunque su personal

---

<sup>32</sup> Ibid., p. 295.

<sup>33</sup> Ibid., p. 295.

<sup>34</sup> Ibid., p. 322–323.

<sup>35</sup> Ibid., p. 295.

<sup>36</sup> Ibid., p. 296.

era significativamente menor al de los regimientos de infantería y sus bajas en marcha o en combate también lo eran:

[...] normalmente, el grupo marcha fraccionado, pues, su columna ligera de munición lo hace por regla general o a la cola de la vanguardia o de la infantería de la división, de modo que debiera haber por lo menos un cirujano para las tres o cuatro columnas que marchan reunidas. Además, la artillería tiende hoy a combatir en agrupaciones más separadas que antes, lo que obliga a aumentar el número de cirujanos de modo que cada grupo cuente con dos. Este aumento debiera hacerse tanto en artillería montada como a caballo, de obuses y montaña. El número de camilleros por batería debe ser de cuatro o sea el conveniente para el transporte de un herido delicado.<sup>37</sup>

Por último, los batallones de zapadores pontoneros debían incorporar más personal de oficiales y auxiliares de sanidad, aun cuando Berri no ofrecía detalles al respecto; por el contrario, si, se detenía en el servicio telegráfico de la división de ejército, sobre todo, porque su creación había sido posterior al reglamento del servicio y, por tanto, su organización no estaba contemplada en el mismo. Preveía que este elemento – que contaba en el Ejército Argentino con unos 250 hombres entre oficiales y tropa – podía ser atendido por un médico, si bien en la Gran Guerra se había demostrado que debían potenciarse los elementos de comunicaciones y, por tanto, era previsible que dispusiera en el futuro de más de un médico. Mientras tanto, consideraba que como el servicio telegráfico de la división de ejército debía subdividirse para las marchas y era muy dudoso que pudiera reunirse diariamente, convenía acrecentar su dotación con suboficiales enfermeros o algún practicante de medicina.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Ibid., p. 296.

<sup>38</sup> Ibid., p. 297.

## *Estimación de bajas en marchas y en combate*

El cirujano de ejército Pio Isaac Acuña efectuó estimaciones con arreglo a las experiencias bélicas y de los servicios de sanidad de ejércitos de otros países del mundo.<sup>39</sup> Advertía que las comparaciones no siempre eran factibles, pues la información producida no había sido elaborada con base a criterios metodológicos homogéneos y porque las particularidades históricas de cada caso gravitaban en los resultados, cálculos y propuestas. Acuña recordaba que los ejércitos en campaña debían enfrentar dos tipos generales de bajas: las causadas por enfermedades no traumáticas y aquellas producidas por las armas en el combate. Antes de la Guerra Franco-Prusiana de 1870-1871, decía, las enfermedades causaban bajas diez veces superiores a los heridos y muertos alcanzados por armas de fuego; pero la proporción se fue modificando. Desde entonces y hasta la Gran Guerra, las relaciones proporcionales entre bajas por heridas traumáticas causadas por armas y las bajas por enfermedades no traumáticas era la siguiente: 1 x 3,8 en el ejército británico y 1 x 3,5 en el francés en la Guerra de Crimea (1854-1856); 1 x 6 en los ejércitos norteamericanos en la Guerra de Secesión (1860-1865); 1 x 1,3 en ejército prusiano en la Guerra Austro-Prusiana (1866); 1 x 0,53 en el ejército prusiano en la Guerra Franco-Prusiana (1870-1871); 1 x 2,7 en el ejército ruso en la Guerra Turco-Rusa (1877-1878); 1 x 3,3 en el ejército japonés en la Guerra Chino-Japonesa (1894-1895); 1 x 5,6 en el ejército norteamericano en la Guerra Hispano-Americana (1898-1899); 1 x 0,25 en el ejército japonés en la Guerra Ruso-Japonesa (1904-1905); y 1 x 0,10 en el ejército alemán en la Primera Guerra Mundial (1914-1918).

A su vez, según Acuña, la relación entre muertos y heridos por armas en combate entre 1854 y 1918 había sido: 1 x 3,5 en la Guerra de Crimea; 1 x 5,8 (ejército francés); 1 x 4,2 en la Guerra Austro-Prusiana; 1 x 4,2 (ejército prusiano) en la Guerra Franco-Prusiana; 1 x 2 en la Guerra Turco-Rusa; 1 x 5,7 en la Guerra Hispano-Americana; 1 x 4,9 (ejército ruso) y 1 x 5,7 (ejército japonés) en la Guerra Ruso-Japonesa; y 1 x 4 (ejército francés) en la Gran Guerra. Acuña afirmaba sin sombra de duda que la incorporación de las modernas armas de fuego en esta última guerra no había tenido consecuencias más mortíferas que las precedentes, tal como podía concluirse en la

---

<sup>39</sup> Acuña, Pío Isaac: Cálculos sanitarios relativos a las pérdidas a prever en el ejército y al rendimiento de algunos servicios en tiempo de guerra en la zona de operaciones. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXIV, Núm.4 (1925), p. 5-48.

comparación con las guerras ocurridas desde mediados del siglo XIX, dado que la relación entre muertos y heridos por armas – tanto a nivel global como considerando las batallas en particular – se mantuvo en un promedio de 1 x 5,6 (la proporción era de 1 x 9 por fuego de artillería y de 1 x 5,4 por fuego de infantería).<sup>40</sup>

La estimación de bajas – enfermos, heridos y muertos – en las marchas y en el combate era una cuestión decisiva en el planeamiento de la sanidad militar y, por consiguiente, del planeamiento de un ejército. De acuerdo con Berri, las estimaciones de bajas en las marchas tomadas de los manuales del Ejército francés sólo resultaban útiles a condición que se las considere como una referencia básica, pues si se atendía a las determinaciones geográficas, disponibilidad de infraestructura de transporte y vial, equipamiento y grado de instrucción de la tropa, porcentaje de “enfermos y estropeados”, por ejemplo, en la infantería debía preverse una cantidad mayor en el Ejército Argentino que en Francia, esto es, alrededor de un 4 % o 5 % del efectivo de guerra debería evacuarse diariamente y un 10 % o 12 % de efectivos no podrían o no deberían continuar con la marcha. A su vez, también en el caso argentino, la caballería debería evacuar diariamente alrededor del 4 % o 5 % del efectivo de guerra y las otras armas un 2 %. Por cierto, tales porcentajes de evacuaciones podían disminuirse si se mejoraba la instrucción y el adiestramiento de la tropa. Pero así todo ¿qué cabía hacer con los evacuados? A diferencia de Francia o Alemania en el Frente Occidental, en la Argentina era posible recorrer 200 o 250 kilómetros sin encontrar una sola localidad de cierta importancia donde enviar heridos evacuados. Por tal motivo, el servicio de sanidad debía organizar puestos para “enfermos y estropeados”, pues había que descartar la posibilidad – más bien excepcional en muchas partes del territorio nacional – de dejarlos a cuidado de las autoridades civiles en un centro urbano próximo a la línea de combate.<sup>41</sup>

Respecto de las bajas en la línea de combate, en particular, en relación con los heridos, conforme la experiencia del Ejército francés en la Gran Guerra, el cirujano de cuerpo Ernesto M. Andrada (1930) estimaba que – en promedio – un 36 % tenía

---

<sup>40</sup> Acuña: Cálculos sanitarios, p. 8–10. Unos años después se publicaron otros artículos sobre estimación de bajas en la Gran Guerra: la traducción del artículo del coronel médico del Ejército de los Estados Unidos Albert G. Love y un artículo del mayor Aristóbulo Vargas Belmonte que era oficial del cuerpo combatiente del Ejército Argentino. Love, Albert G.: Pérdidas humanas en la guerra. Bajas en el campo de operación. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXI, Núm. 5 (1932), p. 459–473; Vargas Belmonte, A. (1934). Servicio de sanidad en tiempo de guerra. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXIII, Núm. 1, p. 73–77.

<sup>41</sup> Berri: Rendimiento del servicio sanitario, p. 315–17.

heridas en los miembros inferiores, 26 % en los miembros superiores, 20 % heridos de cráneo y cara, 10 % de tórax y columna y 1 % de abdomen.<sup>42</sup> En la “guerra de posiciones” los porcentajes en los heridos de cabeza tendían a aumentar y a disminuir las heridas en los miembros inferiores. Asimismo, Andrada señalaba que antes de 1914 un 75 % de las heridas eran producidas por balas y un 16 % artillería, pero que en la Gran Guerra esos porcentajes se invirtieron con la “guerra de trincheras” en el Frente Occidental: 15 % y 60 % respectivamente.<sup>43</sup> Las heridas del fuego de artillería se caracterizaban porque ocasionaban mutilaciones, fracturas múltiples y extensas desgarraduras de tejidos y también porque ensuciaban las heridas con fragmentos de tierra, madera, ropa y otras partículas que producían gravísimas infecciones si no se limpiaban adecuadamente y se extraían los fragmentos de materiales. En cuanto a las heridas de bala – continuaba Andrada – las directivas impartidas al comienzo de la Gran Guerra en el Ejército francés establecían que no debían tocarse los orificios de entrada de los proyectiles, no explorar sus trayectos, cubrir las heridas con material aséptico y proceder a su curación inmediata. Esta errónea “doctrina” ocasionó incontables desastres entre los heridos. Pero aquello cambió en el curso de la guerra porque la experiencia de los médicos militares echó por tierra aquellos “conceptos sanitarios” y se procedió al “desbridamiento de las heridas, limpieza y extracción de partes mortificadas, extracción de proyectiles y cuerpos extraños y sobre todo la más rápida aplicación de estas medidas” en los puestos sanitario secundarios, es decir, aquellos más cercanos a la línea de combate.<sup>44</sup> En estos últimos debían clasificarse

---

<sup>42</sup> Andrada, Ernesto M.: Atención a heridas y accidentados en las primeras horas de combate. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXIX, Núm. 1 (1930), p. 19–33. Los porcentajes contabilizaban la herida principal de un combatiente, pero en realidad se presentaban numerosos casos con lesiones múltiples.

<sup>43</sup> Sobre bajas en combate, el cirujano de cuerpo Ricardo Luis Huidobro (1931) también efectuó estimaciones considerando información de los ejércitos beligerantes en la Gran Guerra.

<sup>44</sup> Andrada: Atención a heridas y accidentados, p. 27. Previamente se había publicado otros artículos sobre el tratamiento de las heridas de proyectiles de fusiles, ametralladoras y de artillería en el Frente Occidental: uno escrito por el médico Miguel José Petty – quien había servido en el ejército británico durante un año en la Gran Guerra –, uno por Eduardo Blanco Acevedo – profesor titular de “Cirugía de guerra” en el Hospital Militar de la República Oriental del Uruguay – y otro por el cirujano de brigada Pedro Barbieri. A su vez, el inspector general de sanidad Nicómedes Antelo y el teniente coronel médico español Manuel Bastos escribieron sobre cirugía de guerra, en tanto que Petty y el cirujano de regimiento Carlos Alberto Roca se ocuparon de fracturas por heridas de guerra; Petty, Miguel José: Tratamiento general moderno de heridas recientes producidas por armas de fuego. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVI, Núm. 1 (1917), p. 1–6; Petty, Miguel José: Aparatos para el tratamiento de fracturas de ambas extremidades, usados en la guerra actual (1914–1916). En: Revista de la

los heridos conforme sus afecciones, limpiar las heridas y suturar aquellas leves para facilitar su rápida cicatrización, realizar operaciones simples antes de evacuar los heridos más graves a un centro hospitalario de retaguardia para su curación y recuperación. En definitiva, la limpieza de heridas y la vacunación antitetánica eran procedimientos de aplicación necesaria e inmediata para evitar muertes a consecuencia del tétano, gangrena u otras infecciones. Asimismo, el oficial médico alemán, C. Brescher – cuyo artículo sobre la sanidad de los ejércitos de los países Aliados fue traducido por Barbieri – afirmaba que hasta la Gran Guerra se consideraba que las heridas recientes y simples estaban libres de bacterias.<sup>45</sup> Sin embargo, los cirujanos y bacteriólogos franceses habían demostrado que estas últimas actuaban en la herida al cabo una hora y tras cinco o seis horas se difundían en el organismo del herido. También constataron que las heridas desgarradas cuyos bordes despedazados eran extirpados rápidamente, desinfectadas y suturadas (en ocasiones unidas con tela adhesiva) podían quedar libres de bacterias al cabo de cinco o treinta y cuatro horas. Brescher señalaba que, cuando comenzó la Gran Guerra, los médicos británicos eran sumamente conservadores en el tratamiento de las heridas: las drenaban y vendaban asépticamente esperando que se limpiaran solas; pero tras un año de experiencia bélica adoptaron los métodos de sus pares franceses.

### *Sanidad militar en la “guerra de posiciones” y “guerra de movimiento”*

Los problemas suscitados a la sanidad en la “guerra de posiciones” y en la “guerra de movimiento” eran diferentes y cada uno otorgaba ventajas y desventajas. Barbieri sostenía que el Ejército alemán había constatado que la estabilidad de la “guerra de posiciones” en el Frente Occidental – desde septiembre de 1914 – favoreció la organización del servicio de sanidad y la atención de heridos y enfermos porque permitió

---

Sanidad Militar Año XVI, Núm. 1 (1917), p. 7-14. Blanco Acevedo, Eduardo: Organización de la asistencia en el campo de batalla. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXI, Núm. 1 (1922), p. 377-416. Barbieri, Pedro: Tratamiento de las heridas de guerra. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXIV, Núm. 2-3 (1925), p. 1-21. Antelo, Nicómedes: Sobre instrucciones reglamentarias en cirugía de guerra. En: Revista de la Sanidad Militar Año XIV, Núm. 5-6-7-8 (1915), p. 333-352. Bastos, Manuel: Varios standards de cirugía de guerra. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXVII, Núm. 4 (1938), p. 321-330. Roca, Carlos Alberto: Fracturas de guerra. Su tratamiento. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXVI, Núm. 6 (1937), p. 525-541.

<sup>45</sup> Brescher: Experiencia quirúrgica, p. 128-151.

consolidar el sistema de etapas desde la línea de combate hasta los hospitales emplazados en la zona interior.<sup>46</sup> Pero, en contrapartida, la prolongación de la “guerra de trincheras” provocó bajas recurrentes por efecto del fuego de artillería, las armas químicas y las epidemias en la propia tropa.<sup>47</sup> De un modo similar, Berri (1922) asumía que la estabilización de las operaciones en la “guerra de trincheras” en ese Frente favoreció al servicio de sanidad, pues permitió establecer un sistema de etapas detrás de la línea de combate como sucedía con una “gran plaza fuerte sitiada”. Así, por ejemplo, Oribe mencionaba que el III Ejército francés contó en ese Frente con un sistema de etapas que comenzaba en la línea de combate, se prolongaba en hospitales de cobertura – formaciones sanitarias provisorias en edificios públicos cercanos –, hospitales de evacuación y, por último, hospitales permanentes – en Verdun, Commercy, Saint-Mihiel y Bar-le-Duc.<sup>48</sup>

La densidad de la organización social y económica del Frente Occidental permitió incluso que la “guerra de movimiento” desplegada por el Ejército alemán en el comienzo de la Gran Guerra contara con recursos materiales y humanos fundamentales para la atención de sus heridos. De acuerdo con el cirujano de regimiento Pedro R. Castro:

El ejército alemán que atravesó Bélgica a una velocidad extraordinaria, haciendo jornadas diarias e ininterrumpidas de más de 30 kilómetros, ha debido sufrir, no obstante su entrenamiento, muy considerables bajas en las marchas (sin contar las de los numerosos combates). La evacuación del personal incapacitado para seguir a las tropas, no ha debido ser con todo muy difícil, en primer lugar por la bondad de los servicios de retaguardia, favorecido por una de

---

<sup>46</sup> Según Barbieri en la “guerra de posiciones” del Frente Occidental, el Ejército alemán rápidamente organizó un sistema de puestos de socorro para unidades de infantería del frente: un suboficial y 4 camilleros por compañía en la línea de avanzada; un cirujano y personal subalterno por batallón a 500 o 1000 metros de la línea de avanzada; y un puesto de sanidad a retaguardia a la altura de la posición de combate del regimiento. Barbieri, Pedro: El servicio sanitario en el Ejército alemán, Núm. 2, p. 150–174.

<sup>47</sup> La “guerra de trincheras” también propiciaba patologías como la “fiebre de trincheras” y “nefritis de las trincheras” estudiadas por los médicos militares británicos. D’Ovidio, Rogelio: Epidemiología. Primera contribución sobre la “Fiebre de trincheras”. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVII, Núm. 1 (1918), p. 107–110. Dirección General de Sanidad: Observaciones clínicas sobre 100 casos de “Nefritis de las trincheras”. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVII, Núm. 4 (1918), p. 231–235.

<sup>48</sup> Oribe: El servicio de sanidad durante la guerra, p. 564–585.

las redes de comunicación mejor desarrolladas del mundo, luego porque operaba a través de un territorio de una densidad de población de más de 100 habitantes por kilómetro cuadrado donde todo se simplifica; en este caso, el servicio de retaguardia avanza a poca distancia de las tropas, los enfermos se entregan a los hospitales civiles bajo la responsabilidad de las autoridades hasta que lleguen los órganos de etapas, los reaprovisionamientos de los medicamentos, etc. se obtienen por requisición, la que proporciona, además, numerosos vehículos de tracción a sangre y automóviles.<sup>49</sup>

Tomando como principal referencia la sanidad del ejército francés en la Gran Guerra, Castro sostenía que la “guerra moderna” requería de un servicio de sanidad divisionario “flexible, ligero y siempre listo” para cumplir su misión, especialmente, cuando su organización y funciones se desplegaban en las condiciones impuestas por la “guerra de movimiento” que era aquella que los militares argentinos reconocían como la forma que asumirían los conflictos bélicos en los escenarios de Sudamérica.<sup>50</sup> Para el teniente primero Carlos Rabellini Pizarro, la “guerra de movimiento” en el siglo XX demandaba un servicio de sanidad en condiciones de asistir operaciones activas en los frentes de combate, avances y retiradas en gran escala de las fuerzas beligerantes propias y enemigas, y períodos breves de estabilización que debían aprovecharse para concentrar las tropas y elementos:

[...] en ella todo es transitorio, imprevisto, desconocido; el suceso de hoy puede transformarse en el desastre de mañana; la zona de acción es constantemente nueva o por lo menos inestable y el razonable empleo del personal y de los medios con que se cuenta, la iniciativa y el aprovechamiento del terreno y de sus recursos, tiene mayor margen e importancia que en la guerra estabilizada [...] ¿Cómo colocar a pocos kilómetros del frente, hospitales de muchos miles de

---

<sup>49</sup> Castro, Pedro R.: Organización y funcionamiento del servicio sanitario de una división de Ejército en ataque. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXX, Núm. 4 (1931), p. 319.

<sup>50</sup> El cirujano de ejército Alberto Levene consideraba que desde la “Campaña del Paraguay” el Ejército Argentino había hecho importantes progresos en la organización y funcionamiento de su servicio de sanidad, en la adecuación de su doctrina, táctica y técnica a los desafíos que se le imponían a este cuerpo en “tiempo de paz” y en “tiempo de guerra”; pero también advertía debía excluirse toda fórmula rígida para el cumplimiento de sus dos misiones principales en la guerra: la preservación y recuperación de los efectivos. Levene, Alberto: La conservación de los efectivos durante la guerra. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXVIII, Núm. 1 (1929), p. 5–9.

camas, con pabellones para cirugía [sic], clínica, especialidades, etc., cuyo establecimiento o repliegue empleará varios días de trabajo, quedando expuestos a avances o retiradas imprevistas, bombardeos diarios y todos los demás peligros inherentes a los establecimientos que son situados dentro de una zona de fuego?<sup>51</sup>

Considerando la extensión del territorio y geografía de la Argentina, la existencia de amplias zonas con escasa población, déficits de infraestructura y de vías de comunicación, Rabellini Pizarro preveía que en caso de conflicto bélico no existiría – como sucedió en el Frente Occidental europeo en la Gran Guerra – una concentración de grandes ejércitos unidos unos con otros en un frente continuo. Esta situación aumentaría aún más las dificultades del servicio de sanidad del Ejército, pues debería atender un frente en el que habría divisiones y destacamentos que actuarían independientemente unos de otros y los regimientos no contarían con puestos de secundarios de socorro y hospitales de campaña cercanos a la línea de fuego. Estas complicaciones se acrecentarían por la escasez de medios y personal técnico. Esos déficits podían compensarse fortaleciendo las capacidades logísticas de transporte:

Hace pocos días estudiaba la carta de una de nuestras fronteras, de la que conozco personalmente mucha parte y calculaba las enormes dificultades que tendría que vencer el servicio sanitario, para atender los enfermos y heridos en caso de que actuáramos en ella; un frente enorme, bastante accidentado, sin poblaciones importantes, a 300 k. de la estación terminal del único ferrocarril que existe en la zona, de vía simple y poco segura, con un rendimiento diario que no sé si bastaría para las necesidades vitales de un ejército, en hombres, material y alimentos; en todo el trayecto de este ferrocarril, hasta llegar a las provincias pobladas, no hay ningún centro de población para establecer en edificios existentes, un hospital completo y de capacidad suficiente, lo que equivale, como he dicho anteriormente, a que tendremos que improvisar todo y asegurar el transporte de los heridos a centenares de kilómetros.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Rabellini Pizarro, Carlos: Transporte sanitario en la guerra de movimiento. Su importancia en la recuperación de efectivos. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXIX, Núm. 4 (1930), p. 291–292.

<sup>52</sup> Rabellini Pizarro, Carlos: Transporte sanitario en la guerra de movimiento. Su adaptación a nuestro Ejército. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXIX, Núm. 6 (1930), p. 522–530.

¿Qué medios de transporte permitirían salvar esas grandes distancias? Rabellini Pizarro descartaba los carros hipomóviles que disponían las divisiones de ejército, pues su velocidad y rendimiento no darían buenos resultados. Recordaba que Francia había iniciado la Gran Guerra con esos carros y fue reemplazándolos por automóviles, dejando los carros traccionados por animales sólo para acompañamiento de columnas en las marchas, particularmente, porque su lento andar se adecuaba bien a los ritmos de avance de la infantería. Proponía que cada división contara con secciones de automóviles – sanitarios o ambulancias – vehículos livianos de motor poderoso para los caminos difíciles y vehículos pesados donde hubiese caminos –.<sup>53</sup> La aviación podría prestar – a pesar que continuaba siendo un medio de transporte inseguro – servicios en casos de heridos o enfermos graves; no obstante, reconocía que este recurso sería limitado por escases de aviones y pilotos. Y la red ferroviaria podría ser utilizada en algunos casos. Por último, destacaba cuán importante era contar con una fábrica de aviones – creada en 1927 –, talleres de construcción y reparación de ferrocarriles, fábricas de combustibles y yacimientos y destilerías de petróleo.<sup>54</sup>

### *Avión sanitario*

El empleo de armas químicas, del avión, el submarino, el tanque, se pusieron a prueba exitosamente en combate en la Gran Guerra.<sup>55</sup> En particular, el avión no sólo se

---

<sup>53</sup> La Dirección General de Sanidad elaboró un informe sobre ambulancias quirúrgicas; en tanto que el médico civil Carlos Heuser diseñó y construyó un modelo de ambulancia radiológica y lo puso a consideración de dicha Dirección, que efectuó pruebas con ella en Campo de Mayo. Dirección General de Sanidad: Ambulancias quirúrgicas automóviles. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 1 (1919), p. 103–124. Heuser, Carlos: Ambulancia radiológica. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 1 (1919), p. 5–36.

<sup>54</sup> Rabellini Pizarro: Transporte sanitario en la guerra de movimiento, p. 530.

<sup>55</sup> Sobre los efectos de los gases como armas químicas en la Gran Guerra, el subteniente farmacéutico Cleofe Crocco escribió un artículo analizando la cuestión y, además, se tradujo un artículo de los médicos belgas C. Spehl y L. Dautrebande. Crocco, Cleofe: Los gases asfixiantes. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVI, Núm. 3 (1917), p. 272–283. Spehl, C. y Dautrebande, L.: Las consecuencias de gases de combate. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXIII, Núm. 3 (1924), p. 206–214. Asimismo, el cirujano de regimiento Juan A. Álvarez (1930) y el farmacéutico de primera Armando Vega Herrera (1938) se ocuparon del papel del servicio de sanidad en la guerra química. Álvarez, Juan A.: La defensa anti-gas durante la guerra 1914–1918 desde el punto de vista sanitario. Su evolución posguerra. Estado actual y orientación probable. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXIX, Núm. 5 (1930), p. 382–425. Vega Herrera, Armando: Guerra química. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXVII, Núm. 9 (1938), p. 832–837.

utilizó como elemento de reconocimiento y exploración sino para el bombardeo de objetivos y en combate en el aire contra otros aviones.<sup>56</sup> En 1918, el médico militar argentino Juan F. Torrent escribió una reseña de un artículo publicado en diciembre de 1917 en *Presse Médicale* por J. Fiolle sobre el empleo en la Gran Guerra en 1917 del avión sanitario desarrollado por el médico militar francés Chassaing para el transporte de dos heridos en camillas en el interior fuselaje.<sup>57</sup> Los franceses habían demostrado – decía Torrent – que el avión podía cubrir en quince minutos el trayecto que una ambulancia automóvil haría en una hora y sin someter a los heridos graves a sacudidas fatales, pues el aterrizaje sobre un terreno mediocre causaba incluso un choque más débil que el producido en la huella de un camino de tierra.

Por su parte, el cirujano de cuerpo Aníbal Verenco consideraba que en la Argentina – que poseía un territorio extenso y en muchas regiones escasamente poblado y con insuficientes y precarias vías de comunicación – el avión sanitario resultaría indispensable para unir el frente de combate con los hospitales divisionarios desplegados en el interior del país.<sup>58</sup> Este médico militar analizó el recurso de la aviación sanitaria en base a literatura especializada europea. Sostenía que en la Gran Guerra en el Frente Occidental los hospitales permanentes se encontraban no muy distantes de la línea de combate. Sin embargo, en escenarios bélicos donde primaban las grandes distancias y escasa densidad de población y de infraestructuras – como sucedió, decía, en la guerra de España en Marruecos – el globo aerostático, el dirigible y el aeroplano podían cumplir un importante servicio sanitario; los dos primeros por su capacidad de transporte para evacuación de heridos graves y el último, especialmente, para el traslado del personal médico y material sanitario.<sup>59</sup> El empleo de aviones

---

<sup>56</sup> Barbieri reseñó un libro francés sobre el empleo de aviones en la guerra química durante la Gran Guerra: L. Izard, J. des Cilleuls y R. Kremarrec: *La guerre aérochimique et les populations civiles. Etude historique, clinique, thérapeutique et préventive*. Paris, 1932. Barbieri, Pedro: *La guerra aeroquímica y las poblaciones civiles*. En: *Revista de la Sanidad Militar* Año XXXI, Núm. 6 (1932), p. 551–559.

<sup>57</sup> Torrent, Juan F.: *El avión sanitario*. En: *Revista de la Sanidad Militar* Año XVII, Núm. 3 (1918), p. 317–320.

<sup>58</sup> Verenco, Aníbal: *Los progresos en el empleo del avión como auxiliar sanitario*. En: *Revista de la Sanidad Militar* Año XXIX, Núm. 4 (1930), p. 313–27.

<sup>59</sup> El cirujano de cuerpo José Raúl Delucchi preveía que desde la Gran Guerra la aviación sanitaria era un recurso necesario en los ejércitos conforme en la cirugía de guerra se impuso una concepción “intervencionista y precoz” en el tratamiento de los heridos en combate que seguía el axioma “operar siempre y cuanto antes”. Y el teniente coronel Abraham Quiroga – agregado militar argentino en Francia – publicó un artículo sobre el empleo del avión sanitario. Delucchi, José Raúl: *Avión sanitario*. En: *Revista de la Sanidad Militar* Año XXXVI, Núm. 12

sanitarios, no obstante, también acarrea problemas. En la Gran Guerra – continuaba Varencó – se apreció que la exposición de los heridos al frío, corrientes de aire y a los cambios en la presión barométrica podía producir efectos negativos en su estado de salud.

El cirujano de brigada Agesilao Milano – un oficial médico con experiencia en el estudio de los asuntos de la aviación militar – partía de un diagnóstico similar al de Verencó: el avión había sido en la Gran Guerra y continuaba siendo un recurso fundamental, sobre todo, en la “guerra de movimiento”, pues en la “guerra de posiciones” en general se habían contado con un sistema sanitario de etapas bien organizado en el Frente Occidental – si bien debía cuidarse que los aeroplanos quedaran fuera del alcance de fuego de la artillería enemiga –.<sup>60</sup> Pero Milano consideraba que se debía abreviar no sólo de las experiencias militares producidas por los ejércitos desde la Gran Guerra sino del conocimiento de aquellas desarrolladas desde entonces por la aviación comercial.<sup>61</sup> Particularmente, decía, en la década de 1920 se habían construido aviones de mayores dimensiones para transporte de pasajeros y de cargas que en “tiempo de guerra” fácilmente podían ser acondicionados como “avión ambulancia” para el traslado de heridos.<sup>62</sup> A diferencia de los pequeños aeroplanos empleados en la Gran Guerra, los aviones de mayor porte de principios de la década de 1930 tenían capacidad más camillas, proveer calefacción e iluminación y transportar médicos y enfermeros con equipos de primeros auxilios. Por estos motivos, Milano anticipaba que la Dirección General de Sanidad estaba evaluando incorporar un avión sanitario, el cual fue adquirido poco después, un Junkers K43 monoplano y monomotor con capacidad para tres camillas y equipo médico. El cirujano de cuerpo José Raúl Delucchi consideraba que aquel avión tenía muy buenas prestaciones como ambulancia de mediano porte, sin embargo, presentaba algunos problemas como una ventilación defectuosa, disposición de un solo aparato de oxígeno y sólo utilizable a más de

---

(1937), p. 1156–1169. Quiroga, Abraham: Avión radio médico quirúrgico. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 4 (1919), p. 403–407.

<sup>60</sup> Milano, Agesilao: El avión ambulancia como medio de evacuación de los heridos en tiempo de guerra. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXX, Núm. 2 (1931), p. 144–159.

<sup>61</sup> Milano también tradujo un artículo del médico militar Harold J. Cooper, quien había organizado el servicio sanitario de aviación en China. Cooper, Harold J.: Iniciación de la medicina de aviación en China. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXIII, Núm. 6 (1934), p. 265–275.

<sup>62</sup> El cirujano de cuerpo José Raúl Delucchi consideraba que la aviación sanitaria del Ejército Argentino, subsidiariamente, podía asistir a la población civil en “tiempo de paz” en regiones relativamente aisladas del país. Delucchi, José Raúl: La aplicación de la aviación sanitaria en el Ejército. En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXIV, Núm. 3 (1935), p. 238–240.

2500 metros de altura, falta de calefacción, termómetro de cabina, *water close* y de lavabo entre otras deficiencias que en el futuro debían subsanarse.<sup>63</sup>

### *Profilaxis y tratamiento de epidemias en la guerra*

En su experiencia en el servicio de sanidad del III Ejército del Ejército francés, el médico Henry Mignon afirmaba que en la Gran Guerra: “En epidemiología hay que reconocer que no se tomaron con tiempo las medidas para cortar la grave epidemia de fiebre tifoidea, por no haberse practicado la vacunación preventiva”.<sup>64</sup> Por su parte, Barbieri recordaba que en el curso de la guerra el servicio de sanidad no sólo debía ocuparse del daño provocado por las “armas enemigas” sino por la acción de las enfermedades, en particular, las infecciosas.<sup>65</sup> Señalaba que, en su plan de movilización, el Ejército alemán había previsto la vacunación antivariólica, contra el cólera, la peste y la tifoidea y se extendieron estas medidas profilácticas a poblaciones civiles en contacto con las tropas.<sup>66</sup> Una cuidadosa profilaxis de las enfermedades infecciosas había permitido – de acuerdo con una publicación traducida por Barbieri – reducir la mortandad por enfermedades en el Ejército alemán a 1 de cada 10 fallecidos en la Gran Guerra, mientras que en la Guerra Franco-Prusiana la relación había sido 1 de cada 2 fallecidos.<sup>67</sup>

Por ello, entre las reformas que cabía promover en la sanidad del Ejército Argentino, Berri destacaba la previsión de epidemias desde el inicio de hostilidades en territorio propio y enemigo, pues “la estadística demuestra que en la guerra la mortalidad a causa de las enfermedades puede llegar muchas veces a ser superior a las

---

<sup>63</sup> Delucchi: *Avión sanitario*, p. 1156–1169.

<sup>64</sup> Mignon citado en: Oribe: *El servicio de sanidad durante la guerra*, p. 571.

<sup>65</sup> Los médicos militares reparaban en la importancia de adoptar medidas profilácticas en los ejércitos en campaña o en combate para prevenir enfermedades infecciosas propagadas por insectos como moscas, piojos, chinches, pulgas y garrapatas. Versluys, J.: *Sobre la propagación de las enfermedades infecciosas por los insectos durante la guerra*. En: *Revista de la Sanidad Militar* Año XIV, Núm. 9–10 (1915), p. 632–646.

<sup>66</sup> Barbieri: *El servicio sanitario en el Ejército alemán*, Núm. 1, p. 58–59.

<sup>67</sup> Además de la vacunación, la profilaxis de enfermedades infecciosas preveía: provisión de agua potable, adecuada alimentación e higiene de la tropa, construcción de alojamientos y letrinas, tratamiento de basuras y otros desechos, desinfectación de ropa y equipo, control de parásitos y zoonosis. Instituto de Higiene del Ejército: *El servicio higiénico durante la Guerra Mundial*, p. 357–378.

originadas por efecto de las armas”.<sup>68</sup> Esto era absolutamente necesario dado que – decía – en el “Reglamento del Servicio Sanitario en Tiempo de Guerra” de 1913 se había establecido la atención y evacuación de enfermos y heridos y, salvo los lazaretos y la sección de desinfección de la compañía de camilleros, no existían otras formaciones para prevenir enfermedades en campaña tales como: a) tifus, viruela; b) disentería, cólera, tifus exantemático, paludismo; c) enfermedades infecciosas como el sarampión y la parotiditis; d) enfermedades venéreas. Para Berri:

La expansión de las [enfermedades] clasificadas en a) es en general evitable por medio de las vacunas preventivas, pero el servicio de sanidad en la zona de guerra no puede contar con la inmunidad que se obtiene con ella, su acción debe salvar el radio del servicio directo de la tropas para llegar al de la población misma, sobre todo en forma preventiva, es decir que la tarea principal deberá consistir en evitar la epidemia, aislar los focos que se produzcan y dotar a las tropas y poblaciones de socorros sanitarios. Iguales o semejantes consideraciones se podrían hacer con respecto a las enfermedades indicadas en los párrafos b) y c), la organización del servicio respectivo debe hacerse pues en forma amplia y comprender dos partes: la primera a desarrollar desde el momento de la movilización con elementos, etc. ajenos a las tropas, y la segunda con personas y elementos militares entre las cuales habrá que contar laboratorios bacteriológicos, de ejército y de división, secciones de desinfección especiales, fijos y móviles.<sup>69</sup>

La Gran Guerra demostró que debían incorporarse al ejército en campaña o en operaciones los bacteriólogos y laboratorios bacteriológicos móviles para diagnosticar y atender enfermedades de la tropa y de las poblaciones civiles en el teatro de operaciones. Por tal motivo, el 3 de agosto de 1916, el director general de Sanidad, Nicómedes Antelo, propuso al cirujano de cuerpo Salvador Mazza para una comisión de estudios en Austria y Alemania considerando que en el contexto de la Gran Guerra los ejércitos beligerantes estaban poniendo en práctica “el máximum de su capacidad científica” para “mantener sus tropas en el mejor estado sanitario y por lo tanto de eficiencia bélica”. Este viaje era una oportunidad para conocer los adelantos en la

---

<sup>68</sup> Berri: Rendimiento del servicio sanitario, p. 285.

<sup>69</sup> Ibid., p. 285.

“defensa sanitaria del ejército contra enfermedades infecciosas durante las operaciones bélicas” en el “teatro de la acción misma”.<sup>70</sup>

Los bacteriólogos no sólo cumplían funciones profilácticas y de atención de las tropas ante enfermedades en “tiempo de paz” y “tiempo de guerra”, también podían participar en el futuro en la “guerra bacteriológica”, esto es, esparciendo bacterias por vía aérea o por el agua que provoquen enfermedades infecciosas sobre territorio enemigo – a condición de que, previamente, el ejército agresor haya proporcionado a sus propias tropas la profilaxis necesaria para preservarla de dicha amenaza –. Sobre esta cuestión, Barbieri reseñó una conferencia presentada en Lieja, en junio de 1932, durante la Segunda Sesión de la Oficina Internacional de Documentación Militar analizando el papel de los bacteriólogos en las guerras futuras.<sup>71</sup>

### *Epidemia de influenza en la inmediata posguerra*

A fines de 1919, la Revista de la Sanidad Militar dedicó el número 5–6 a la “pandemia gripal” que en 1918 y 1919 afectó a “todos los países de la tierra”.<sup>72</sup> El director general de Sanidad, Nicómedes Antelo sostuvo que esta epidemia de influenza se había extendido rápidamente en el mundo desde 1918, posiblemente, como una secuela de

---

<sup>70</sup> Ejército Argentino. Legajo Personal N°7879. Cirujano de cuerpo Salvador Mazza. Archivo General del Ejército. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>71</sup> Barbieri, Pedro: ¿Qué papel les tocará a los bacteriólogos desempeñar en la guerra futura? En: Revista de la Sanidad Militar Año XXXIII, Núm. 1 (1934), p. 40–58.

<sup>72</sup> La llamada “gripe española” ingresó a la Argentina a mediados de septiembre de 1918 por el puerto de Buenos Aires. La enfermedad se propagó rápidamente por la ciudad, la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos en octubre y noviembre de ese año. En esa primera oleada fallecieron unas 4256 personas. La segunda oleada se inició en abril y mayo de 1919 por la frontera de Argentina con Bolivia, se prolongó en el invierno y parte de la primavera y tuvo un impacto más fuerte que la anterior, provocando unas 17 982 muertes y afectando las provincias del Noroeste y de Cuyo – especialmente Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero y San Juan –. Rivero, María Dolores y Carbonetti, Adrián: La “gripe española” en perspectiva médica: los brotes de 1918–1919 en la escena científica argentina. Revista Ciencias de la Salud vol. 14 Núm. 2 (2016), p. 283–295; Carbonetti, Adrián: La elaboración de vacuna y suero durante la gripe española en Argentina. Iniciativas estatales en la periferia de la ciencia (1918–1919). En: Dynamis vol. 41, Núm. 1 (2021), p. 211–232; Carbonetti, Adrián: Vacuna durante la “gripe española” en Argentina, 1918–1919. Debates teóricos y elaboración de una terapéutica en la periferia de la ciencia. En: Apuntes, Núm. 89 (2021), p. 39–63.

la Gran Guerra europea.<sup>73</sup> Los artículos de ese dossier estaban basados en conferencias organizadas en agosto de 1919 por la Dirección General de Sanidad y dictadas en la Escuela de Aplicación Militar y Hospital Militar Central por médicos militares y civiles que venían abordando este asunto en el ámbito de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en publicaciones especializadas – La Semana Médica, La Prensa Médica, Revista del Instituto Bacteriológico – y periódicos de la época – La Nación y La Prensa –. En esta ocasión disertaron el doctor Rudolf Kraus – director del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene –; el cirujano de cuerpo Salvador Mazza – jefe de la Sección “D” (Laboratorios) de la Dirección General de Sanidad y profesor suplente de Bacteriología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires –; el cirujano de regimiento Eugenio A. Galli – profesor suplente de Anatomía Descriptiva de la Facultad de Medicina de la mencionada Facultad –; el doctor Gregorio Aráoz Alfaro – presidente del Departamento Nacional de Higiene en 1918 –; el doctor Julio Méndez – decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1918 –; el doctor Fernando R. Ruiz – profesor de Anatomía y Fisiología Patológica de aquella Facultad y jefe del Laboratorio del Hospital Muñiz –; y el doctor Luis Agote – profesor titular de Clínica Médica de la citada Facultad y diputado nacional –. La enfermedad era considerada por la Dirección General de Sanidad como un asunto de importancia por su “gravedad” e “intensidad de sus manifestaciones” y porque había desorientado a los investigadores provocando una “anarquía de conceptos en el campo etiológico y aún anatomopatológico”.<sup>74</sup> En este apartado referiré sólo a aquellas exposiciones que se enfocaron en la epidemia de influenza y sus relaciones con la guerra y el medio militar.<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> Antelo, Nicómedes: Instrucciones sobre profilaxis de la gripe. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 2 (1919), p. 232–237

<sup>74</sup> Dirección General de Sanidad: Conferencias sobre Gripe realizadas en la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 5–6 (1919), p. V.

<sup>75</sup> Por tal motivo, no haré referencia a las conferencias de Agote y Muñiz. Agote, Luis: Concepto clínica sobre la enfermedad reinante denominada gripe o influenza. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 5–6 (1919), p. 661–676. Muñiz, Fernando R.: Lesiones anatómo patológicas de las complicaciones de la gripe pandémica de 1918–1919. Neumopatías gripales. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 5–6 (1919), p. 639–660. Asimismo, cabe tener presente que en ese contexto, la Dirección General de Sanidad impartió las “Instrucciones sobre profilaxis de la gripe” para prevenir la diseminación y atender los efectos de la epidemia de influenza en las unidades militares, enfermerías regimentales y en hospitales militares. Antelo: Instrucciones sobre profilaxis de la gripe.

Rudolf Kraus expuso ideas y resultados de sus investigaciones sobre la epidemia en 1918–1919 llevadas a cabo en el Instituto Bacteriológico – desarrolladas con Ruperto Quiroga y Lidia Kantor –.<sup>76</sup> El grado de avance de las investigaciones no permitía alcanzar – decía – un criterio definitivo sobre la etiología de esta epidemia de influenza. La literatura médica internacional consultada – de Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Alemania, Dinamarca, España – tendía a identificar al bacilo de Pfeiffer como su agente causal en asociación con estreptococos, neumococos y micrococos; pero para Kraus, la variabilidad de la sintomatología y los resultados de algunos estudios bacteriológicos – como los del Instituto Oswaldo Cruz del Brasil – se orientaban en la búsqueda de algún otro agente etiológico, en particular, algún virus filtrable. Los estudios de Kraus se enfocaron en enfermos afectados en 1918 en la Argentina, en marineros conscriptos de la Marina de Guerra enfermos en febrero de 1919 y en pacientes del Hospital Muñiz atendidos desde junio de este último año. En el tratamiento de los marineros conscriptos, Kraus y los médicos de la Comisión para el estudio de enfermedades infecciosas del Hospital Muñiz – los doctores Penna y Bonorino Cuenca – experimentaron la aplicación de suero de caballos inmunizados con bacilos vivos de influenza neumococos, estreptococos y parameningococos, pero sin obtener resultados satisfactorios. El Instituto Bacteriológico también desarrolló y fabricó una vacuna con bacilos de la influenza neumococos, estreptococos y parameningococos de los pacientes. La vacunación se efectuó desde los meses de octubre–noviembre de 1918, pero la reducida cantidad de aplicaciones hechas durante la epidemia no permitió determinar fehacientemente su eficacia.<sup>77</sup>

Por su parte, Salvador Mazza recordó que la gripe o influenza siempre produjo importantes bajas en los ejércitos en campaña; sin embargo, la presente epidemia se diferenciaba de las anteriores por la virulencia con que se manifestaba.<sup>78</sup> Decía que en el invierno de 1916–1917 y a mediados de 1917 se había manifestado una epidemia de influenza entre las tropas francesas, sobre la cual poco se supo debido a la censura militar. Es por ello que el acontecimiento que advirtió su existencia a nivel

---

<sup>76</sup> Kraus, Rudolf: Sobre la etiología de la influenza. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 5–6 (1919), p. 515–532.

<sup>77</sup> Siguiendo a Kraus, Carbonetti recuerda que el Instituto Bacteriológico produjo 6489 dosis de la vacuna en 1918, 55 324 en 1919 y 5453 en 1920, pero se aplicaron sólo unas 3000 dosis, principalmente, en la provincia de Buenos Aires. Carbonetti: La elaboración de vacuna y suero, p. 211–232.

<sup>78</sup> Mazza, Salvador: Concepto etiológico de la gripe observada en las tropas. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 5–6 (1919), p. 533–544.

internacional fue el estallido de la epidemia en España en mayo de 1918. Desde entonces se la conoció “impropiamente” con el nombre “influenza española”. Al igual que Kraus, Mazza señalaba que no había consenso sobre cuál era el agente etiológico de esta influenza. Sin embargo, diferentemente del director del Instituto Bacteriológico, él se inclinaba en favor de la hipótesis del virus filtrable, en coincidencia con Arístides Marques da Cunha, Octavio de Magalhaes y Olympio da Fonseca del Instituto Oswaldo Cruz.<sup>79</sup> Aun así, Mazza reconocía que esta hipótesis tampoco se demostró en forma concluyente. En la Argentina, entre las tropas del Ejército, la epidemia de influenza de 1918 había tenido amplia difusión, pero el número de casos que presentaron neumonía fue reducido y más aún lo fue la cantidad de defunciones. Con la reaparición de la epidemia en abril de 1919 se produjeron numerosos casos principalmente en tropas del interior del país – en coincidencia con la incorporación de los soldados conscriptos de la clase 1898 –. La nueva oleada se caracterizó por la “violencia de los síntomas” y la “frecuencia extraordinaria de procesos neumónicos”. Mazza se trasladó en comisión a Tucumán – V División de Ejército – para hacer estudios bacteriológicos entre los enfermos del hospital militar regional y enfermerías regimentarias de las unidades con asiento en esa ciudad.<sup>80</sup> Por último, en relación con la profilaxis de la epidemia recomendó la aplicación de una vacuna neomococcica de alto contenido microbiano y para el tratamiento el empleo de sueros de tipo bacteriano determinados en cada caso por un examen bacteriológico previo en el paciente.

A su turno, el cirujano de regimiento Eugenio A. Galli reconoció la existencia de una diversidad de manifestaciones clínicas de la presente epidemia de influenza y, por ende, una variedad de tratamientos terapéuticos aplicados. Señalaba que el medicamento mayormente utilizado en la Argentina para prevenir la gripe era el “haptínógeno neumo Méndez” – un cultivo de neumococo atenuado y esterilizado –, pero decía

---

<sup>79</sup> La primera epidemia de influenza encontró a Mazza y Aráoz Alfaro en el mes de octubre de 1918 en Río de Janeiro participando de un congreso de medicina con aquellos colegas del Instituto Oswaldo Cruz. En esas circunstancias reconocieron los primeros casos clínicos de esta epidemia.

<sup>80</sup> “...sobre 2.000 enfermos en un efectivo de 5.402 hombres de la división han tenido estas [graves] manifestaciones 480 es decir el 24 % y de ellos han muerto 120 lo que da una mortalidad de 25 % para toda la división, cifra como se ve inferior en mucho a la señalada como mortalidad en el ejército norteamericano [...] Es cierto que en algunos sitios como en Salta, esta proporción ha sido mayor alcanzando el 45 % pero como se ve en ningún momento la cantidad es igual a las máximas que hemos referido en las tropas expedicionarias y que han sido del 75 % y aún más”. Mazza: Concepto etiológico de la gripe, p. 543.

que no se constataron sus beneficios profilácticos o terapéuticos. Más aún, agregaba, cuando fue aplicado en la tropa del Ejército no proporcionó beneficio alguno y ofrecía como respaldo de esta afirmación la estadística de la sanidad militar y un informe del Departamento Nacional de Higiene.<sup>81</sup>

Por su parte, Eugenio Aráoz Alfaro advirtió que no se ocuparía de la etiología de la influenza, pues los doctores Kraus y Mazza lo habían hecho previamente “con mayor autoridad”.<sup>82</sup> El objeto de su exposición sería la epidemiología de la enfermedad. Consideraba que la gripe o influenza epidémica o pandémica – como la producida en 1918–1919 – y la habitual gripe endémica constituían un mismo fenómeno; la particularidad de la primera residía en manifestarse como una exacerbación de la segunda. Y entendía que la influenza epidémica producida en 1918 en Argentina fue importada de Europa a través del puerto de Buenos Aires, pero la que estaba desarrollándose en 1919, diferentemente, era una reviviscencia de aquella y no una nueva importación.<sup>83</sup> Para Araoz Alfaro, el origen de la epidemia de influenza de 1918 no

---

<sup>81</sup> Galli, Eugenio A.: Tratamientos de la gripe. Su estudio comparativo en el Ejército. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 5–6 (1919), p. 545–579. Galli recomendaba – conforme su experiencia – que se aplicara a los enfermos de la presente influenza un “suero de Hayem con adrenalina, oxígeno y carbón” y pequeñas sangrías locales o generales. En su conferencia, Julio Méndez sostuvo que la epidemia en curso presentaba la misma sintomatología que las gripes que se habían producido en la humanidad desde hacía siglos; por ello, “no hay gripe de España, como no hay malaria de Salta; es la gripe de todas partes”. Méndez, Julio: Criterios en que se basa el verdadero conocimiento de la gripe como entidad patológica. En: Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 5–6 (1919), p. 614. Esta conclusión podía constatarse – argumentaba – desde el punto de vista clínico. Respecto del agente etiológico, repasaba las hipótesis existentes – el bacilo de Pfeiffer o un virus filtrable –, pero se inclinaba en favor del neumococo. Señalaba que la ausencia de un consenso en torno de este asunto se debía a que se había otorgado excesivo protagonismo a los bacteriólogos en el estudio de esta epidemia. Méndez también respondió al cuestionamiento del cirujano de regimiento Galli sobre el empleo del haptimógeno diciendo – sin mencionar el nombre del médico militar – que su crítico estaba “poco interiorizado” en lo que es el haptimógeno o “nada de la clínica debe entender”. Méndez: Criterios en que se basa el verdadero conocimiento de la gripe, p. 634.

<sup>82</sup> Sintéticamente, Aráoz Alfaro reconocía que unos identificaban el agente etiológico en el bacilo de Pfeiffer en asociación con neumococos y estreptococos y que otros lo atribuían a un virus filtrable. Aráoz Alfaro, Eugenio: Consideraciones clínicas y epidemiológicas sobre la gripe. Revista de la Sanidad Militar Año XVIII, Núm. 5–6 (1919), p. 582–609.

<sup>83</sup> Aráoz Alfaro mencionaba que algunos casos graves de la influenza de 1918 inicialmente fueron confundidos en Buenos Aires con el cólera o la peste; tales errores en el diagnóstico habían ocurrido en otros países, pues en Italia se la llamó “fiebre de los tres días”, en España sus manifestaciones se asociaron con el dengue y en otros países de Europa como “fiebre de las trincheras”. Él había observado dos formas clínicas de esta influenza: la febril y la catarral o respiratoria. Y no existía – decía – ninguna vacuna, suero o medicamento con eficacia comprobada para atender exitosamente su tratamiento. También reconocía – como otros colegas – que en los meses de octubre y noviembre de 1918 la epidemia alcanzó en la Argentina

estaba claramente demostrado. Que en España se hiciera público el estallido de la epidemia no significaba que fuera el país de origen, pues previamente en Francia, Italia y otros países beligerantes en la Gran Guerra se habían producido similares epidemias ocultas para no dar a conocer información sobre las aptitudes de combate de sus tropas. De acuerdo con informes del ejército norteamericano y otros ejércitos europeos, este médico argentino sospechaba que la epidemia de influenza en Europa de 1918–1919 era posiblemente una reviviscencia exacerbada de la gripe endémica ordinaria que afectó a franceses, ingleses y, por último, norteamericanos en el Frente Occidental en los años 1916–1917 y cuyas causas estarían relacionadas con tropas mal alimentadas y alojadas, en general, en deficientes condiciones sanitarias.<sup>84</sup> Por tal motivo, concluía, era injusto hablar de una “influenza española”.

## *Conclusiones*

Un aforismo militar reza que es necesario conocer las experiencias de las “guerras ajenas” porque las experiencias de las “guerras propias” son demasiado costosas y siempre llegan tarde. Es en este sentido que los médicos militares argentinos reconocieron, analizaron y pusieron en relación concepciones y experiencias de la sanidad en la Gran Guerra con aquellas que consideraban propias de la sanidad, la defensa y el instrumento militar terrestre de la Argentina. La historiografía recientemente se ha ocupado de las perspectivas y experiencias de oficiales argentinos del cuerpo combatiente del Ejército acerca de la Gran Guerra.<sup>85</sup> En este trabajo he comprendido

---

alrededor de un cuarto de la población de Buenos Aires, pero que allí tuvo una mortalidad relativamente menor de la observada en otoño e invierno de 1919 en las provincias del interior del país donde la pobreza y la escasez de recursos en el acceso a la salud agravaron notablemente sus efectos.

<sup>84</sup> Aráoz Alfaro mencionaba algunas interpretaciones que atribuían el origen de la presente epidemia de influenza a un origen en el Frente Oriental, pues – decía – muchas de las epidemias modernas procedían de Rusia. Aráoz Alfaro: *Consideraciones clínicas y epidemiológicas sobre la gripe*, p. 586.

<sup>85</sup> Dalla Fontana, Luis Esteban. *La Gran Guerra y los escritores militares argentinos*. En: Tato, María Inés; Pires, Ana Paula y Dalla Fontana, Luis Esteban (coords.): *Guerras del siglo XX. Experiencias y representaciones en perspectiva global*. Rosario, 2019, p. 45–62. Dalla Fontana, Luis Esteban y Tato, María Inés: *La metamorfosis de la guerra en primera persona: las crónicas del teniente coronel Emilio Kinkelin (1914–1918)*. En: *Cuadernos de Marte. Revista Latinoamericana de Sociología de la Guerra* 20 (2021), p. 121–145; Avellaneda, Aldo: *La primera guerra mundial y la conducta económica del Estado en el pensamiento militar en Argentina*. En: *Iberian Journal of History of Economic Thought* vol. 6, Núm. 1 (2019), p. 17–35.

cómo entre 1914 y 1938 los oficiales médicos del cuerpo profesional del Ejército analizaron saberes militares y sanitarios de ejércitos que participaron de esa guerra – principal, pero no exclusivamente, del alemán y el francés –. La circulación transnacional de esos saberes teóricos y prácticos era un fenómeno observado y propiciado en los ejércitos de la época, un insumo que no podían desaprovechar aun cuando era preciso – advertían – no trasladarlos sin adecuaciones a la realidad local/nacional – cuestión que, según algunos, no siempre se cumplía con buen suceso.

En “tiempo de guerra”, la sanidad militar tenía básicamente dos misiones: la profilaxis contra enfermedades infecciosas y la atención de los heridos en combate. Aquellas misiones contribuían con el esfuerzo bélico de movilización de las “fuerzas físicas y morales del país”, conforme la concepción de la “nación en armas”. La preparación militar y sanitaria de los médicos para el cumplimiento de dichas misiones dependía no sólo de la disposición de saberes teóricos y prácticos “propios” sino de los “ajenos”. Por ello, la Gran Guerra fue una experiencia excepcional que puso a prueba conocimientos sanitarios preexistentes y desarrolló innovaciones. Los médicos militares argentinos siguieron con interés los saberes sanitarios de los ejércitos que combatieron en la Primera Guerra Mundial y otros saberes producidos en los años siguientes hasta las vísperas de la Segunda Guerra Mundial – que trajo aparejada otras novedades –. Estudiaron las etapas sanitarias de sus organizaciones desde la línea de combate hasta los hospitales en retaguardia; estimaron las bajas producidas en las marchas y en combate; analizaron los desafíos impuestos a la sanidad por la “guerra de posiciones” y la “guerra de movimiento”; reconocieron el papel de la vacunación y la bacteriología en la profilaxis y el tratamiento de epidemias – con especial referencia a la influenza de la inmediata posguerra – y el rol del avión sanitario en el transporte de heridos, personal y equipo sanitario; compararon lo sucedido en aquella guerra con las precedentes y sopesaron qué conocimientos y experiencias internacionales podrían adecuarse a las concepciones doctrinarias y organizativas del Ejército Argentino y a los escenarios de la “guerra de movimiento” que podría librarse contra Chile y el Brasil en el Cono Sur americano. Además, destacaron la importancia de incorporar a los oficiales médicos como asesores en los estados mayores de los ejércitos y

---

Dick, Enrique y Schiavo, Gustavo: La profesionalización en el Ejército Argentino. Dick, Enrique: Gran soldado. Simetrías en la vida del general Basilio B. Pertiné. Buenos Aires. 2021. Cornut, Hernán. Las representaciones del libro De la guerra entre los militares argentinos de la primera mitad del siglo XX. La concepción de un modelo doctrinario. En: Prohistoria vol. XXIV, Núm. 35 (2021), p. 121–145.

demonstraron que no sólo las transformaciones en las concepciones estratégicas y tácticas desarrolladas en la guerra por las armas combatientes modificaban la táctica de la sanidad militar, sino que las innovaciones técnicas médicas y sanitarias también propiciaban cambios en esta última.

Algunas de estas cuestiones recientemente han sido objeto de la historiografía especializada sobre la Gran Guerra en sus escenarios europeos: la organización del servicio de sanidad de los países beligerantes,<sup>86</sup> el sistema de postas sanitarias y hospitales desde la línea de combate hasta la retaguardia,<sup>87</sup> los efectos de las heridas de las armas modernas en los cuerpos,<sup>88</sup> la estimación de bajas,<sup>89</sup> la profilaxis, tratamiento de pacientes y muertes por enfermedades infecciosas y la pandemia de influenza conocida como “gripe española”.<sup>90</sup> En el siglo XXI, la historiografía además comprendió otros escenarios y actores sociales (combatientes y no combatientes) no europeos ni norteamericanos que siguieron con atención los sucesos y protagonistas de la Gran Guerra, se vieron influenciados por sus determinaciones políticas, económicas y sociales e incluso envueltos en la conflictividad militar y bélica propiamente dicha. Para Stefan Rinke esto ha sido consecuencia de un cambio de perspectiva

---

<sup>86</sup> Van Bergen, Leo. Medicine and Medical Service. En: Daniel, Ute et al: 1914–1918–on line. International Encyclopedia of the First World War. Berlin. 2014. [[https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/Medicine\\_and\\_Medical\\_Service](https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/Medicine_and_Medical_Service)] (Consultado: 27 de febrero de 2023).

<sup>87</sup> Enzensberger, Alina. Hospitals. En: Daniel, Ute et al: 1914-1918-on line. International Encyclopedia of the First World War. Berlin. 2021. [<https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/hospitals>] (Consultado: 27 de febrero de 2023).

<sup>88</sup> Anderson, Julie. Mutilation and Disfiguration. En: Daniel, Ute et al: 1914-1918-on line. International Encyclopedia of the First World War. Berlin. 2017. [[https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/mutilation\\_and\\_disfiguration](https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/mutilation_and_disfiguration)] (Consultado: 27 de febrero de 2023); Audoin-Rouzeau, Stéphane. Weapons. En: Daniel, Ute et al : 1914-1918-on line. International Encyclopedia of the First World War. Berlin. 2014. [<https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/weapons>] (Consultado: 27 de febrero de 2023).

<sup>89</sup> Prost, Antoine. War Losses. En: Daniel, Ute et al: 1914-1918-on line. International Encyclopedia of the First World War. Berlin. 2014. [[https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/war\\_losses](https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/war_losses)] (Consultado: 27 de febrero de 2023)

<sup>90</sup> Steward, Journey y Wingfield, Nancy. Venereal Diseases. En: Daniel, Ute et al : 1914–1918-on line. International Encyclopedia of the First World War. Berlin. 2016. [[https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/venereal\\_diseases](https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/venereal_diseases)] (Consultado: 27 de febrero de 2023); Cretu, Doina Anca y Health, Disease: Mortality; Demographic Effects. En: Daniel, Ute et al: 1914–1918–on line. International Encyclopedia of the First World War. Berlin. 2020. [[https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/health\\_disease\\_mortality\\_demographic\\_effects](https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/health_disease_mortality_demographic_effects)] [Consultado: 27 de febrero de 2023]; Phillips, Howard: Influenza Pandemic. En: Daniel, Ute et al: 1914–1918–on line. International Encyclopedia of the First World War. Berlin. 2017. [[https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/influenza\\_pandemic](https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/influenza_pandemic)] (Consultado: 27 de febrero de 2023)

abierto por la denominada historia global que descentró las interpretaciones del pasado construidas (exclusiva o excluyentemente) desde marcos nacionales cerrados sobre sí mismos.<sup>91</sup> En la historiografía sobre/de Latinoamérica, en particular, este interés por reintroducir América Latina en la historia de la Primera Guerra Mundial es efecto del cambio producido por la historia global y la nueva historia cultural.<sup>92</sup> Estos renovados enfoques visibilizaron las conexiones entre ambos lados del Atlántico. El presente trabajo explora esas conexiones en las perspectivas y experiencias de oficiales médicos del Ejército Argentino.

---

<sup>91</sup> Rinke, Stefan: América Latina y la Primera Guerra Mundial. Una historia global. México. 2019.

<sup>92</sup> Rinke, Stefan: Historiography. 1918–Today (Latin America). En: Daniel, Daniel et al: 1914–1918–on line. International Encyclopedia of the First World War. Berlin. 2017. [[https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/historiography\\_1918-today\\_latin\\_america](https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/historiography_1918-today_latin_america)] (Consultado: 27 de febrero de 2023). Para Olivier Compagnon, la Gran Guerra aparecía hasta hace pocos años en la historiografía latinoamericana y sobre América Latina casi excluyentemente “como un elemento de contexto entre otros, o como una trastienda un poco borrosa de la reflexión”. Compagnon, Olivier: América Latina y la Gran Guerra. El adiós a Europa (Argentina y Brasil, 1914–1939). Buenos Aires. 2014, p. 13.