

EL ROL DE LOS LAZARETOS EN EL CONTROL DE EL CÓLERA Y LA FIEBRE AMARILLA. BUENOS AIRES 1870-1915

*Adriana Alvarez**

Resumen

Este trabajo estudia como a fines del siglo XIX, en la Argentina, pero en particular en el puerto de Buenos Aires, se implementaron un cúmulo de controles para los pasajeros procedentes de otros países. Las medidas preventivas fueron una respuesta a la frecuente visita de enfermedades infectocontagiosas procedentes del extranjero, como el cólera y la fiebre amarilla cuya presencia estimuló la emergencia de “lazaretos fijos” que eran los que estaban en tierra destinados a personas que durante el viaje habían estado en contacto con un infectado, y los “lazaretos flotantes”, que eran barcos hospitales donde eran recibidos los atacados de enfermedad pestilencial exótica procedentes de los navíos infectados.

Palabras claves: Lazareto, Martín García, Rodolfo del Viso, cólera, fiebre amarilla.

La historia de la Salud y enfermedades es un campo relativamente nuevo en la Argentina, debido a ello, las lagunas temáticas son abundantes. A esto, obedece la falta de referencias que informen acerca de como fueron los *lazaretos* en Buenos Aires, que rol cumplieron, donde estaban ubicados, entre otras tantas cuestiones. No sabemos, si estas instituciones

* Professora da Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
E-mail: acalvar@uolsinectis.com.ar

se desarrollaron de manera similar a lo que conceptualmente entendemos por lazaretos.

Es decir, esos espacios surgidos en los últimos dos siglos de la Edad Media, como consecuencia de la multiplicación de las epidemias, de las cuales la más importante fue la lepra. En la antigüedad los leprosos eran aislados; se les daba una muerte civil impidiéndoles el acceso a las ciudades y obligándolos a anunciar su paso mediante una campana. Cuando la epidemia progresó, esta medida fue insuficiente y entonces se crearon leproserías o lazaretos para concentrarlos y alejarlos.

A partir de esto los *lazaretos* siempre han sido entendidos como lugares de aislamientos, destinados a cuarentenas, vinculados al abandono de los enfermos con el único fin de frenar la propagación del mal que los aquejaba más que a recuperar la salud.

Sin embargo, en Buenos Aires, se fueron transformando a lo largo del tiempo, conforme avanzaba la medicina científica, y adquirieron rasgos propios. Si bien existieron algunos casos como la Casa de Aislamiento o el primitivo Hospital Italiano, por mencionar solo algunos, que en líneas generales respondieron a la idea original de lazaretos, los existentes tanto en la isla Martín García, como el hospital flotante Rodolfo Del Viso, son los que tuvieron especificidades propias, y serán estos últimos, objeto de análisis del presente trabajo.

La aparición de estos lazaretos estuvo en directa relación con el arribo masivo de inmigrantes a estas tierras. La presencia de trabajadores europeos formaba parte de las perpendiculares trazadas para la consolidación de una Nación moderna;¹ sin embargo, su presencia abrió un capítulo imprevisto, como fue la llegada de pestes epidémicas fruto de la aparición de las llamadas enfermedades exóticas, que no eran otras que el cólera y la fiebre amarilla, reinantes en diversos puntos de Europa, y en la vecina República del Brasil; y cuyos gérmenes eran transportados en los barcos, y vehiculizados por los cuerpos enfermos de los pasajeros atacados. A esto se sumó la imprevisión en materia urbana y sanitaria, por parte de nuestro país y especialmente de Buenos Aires. La suma de esos factores hizo de ésta metrópolis un espacio patógeno y convirtió a los inmigrantes en materia de observación, tratamiento y cuidados, los que se realizaron en estos lazaretos-hospitales.

En éste trabajo, se interpreta que tanto la aparición del Lazareto Martín García como el del Hospital Flotante Rodolfo Del Viso, se inscriben

en un cúmulo de disposiciones profilácticas, ideadas sobre la "... alianza entonces establecida entre las medidas de saneamiento y desinfección propuestas por la higiene clásica y los avances de los estudios microbiológicos con sus vacunas y sueros – los que parecían – bastar para dar respuesta a todos los problemas sanitarios que pudieran presentarse en el país..."² Situación, que para algunos autores, se plantea como limitante de la observación médica, puesto que no focalizaban su atención en factores endógenos, cargando las culpas sobre los exógenos.

¿Cuáles y cómo fueron los primeros procedimientos e instituciones sanitarias destinadas a luchar contra la penetración de las "pestes" provenientes del extranjero?

El 3 de Mayo de 1824 Bernardino Rivadavia por medio de un decreto de 13 artículos reglamentó la policía sanitaria marítima. Se establecía que un *bergantín* de guerra sería el encargado de la vigilancia sanitaria del puerto. El comandante del estacionario pasaba vista de los papeles del buque llegado y era el único juez que debía o no darle entrada; Revisados los papeles y estando a su juicio libre de las enfermedades infecciosas otorgaba el permiso de entrada.

Desde la época rivadaviana y hasta la década del sesenta, la capitanía del puerto entendía directamente en todo lo que se relacionaba con la policía sanitaria y era el jefe de la repartición, el que daba al comandante del bergantín encargado de la policía, las instrucciones a observar para el cumplimiento de las leyes sanitarias.

Pero el desarrollo del cólera en algunos puntos de Europa, puso en alarma a nuestra población, y el aislamiento se convirtió en el principal medio preventivo. La epidemia del cólera de fines de 1867, y principios de 1868, representó un giro importante en las preocupaciones de médicos y funcionarios, planteando la necesidad de incorporar cambios en la práctica médica.³ Centralizada primero en las ciudades de San Nicolás y Rosario, se extendió luego hacia Buenos Aires donde actuó como un verdadero revulsivo en determinados sectores de la población y ayudó a situar a las cuestiones higiénicas en el centro mismo de atención de la opinión pública.

Para erradicar *el mal colérico* se recomendaba el blanqueo de las viviendas, la limpieza y la desinfección de las letrinas. Aunque la

superficialidad con que se afrontaba la cuestión higiénica era notoria, fue a partir de ese preciso momento cuando los médicos diplomados locales como Eduardo Wilde y Pedro Mallo iniciaron una importante ofensiva con el fin de crear un nuevo Consejo de Higiene.

En 1867 el cólera ocasionó en la ciudad de Buenos Aires un total de 1.653 defunciones, lo que le hace suponer a Besio Moreno que el número de atacados debió alcanzar cerca de 5.000, poco más del tres por ciento de la población. En 1868 retornó pero no causó un número tan grande de víctimas como el año anterior. En 1872 arribó a Buenos Aires procedente de Génova el vapor “Pó” que en la travesía sufrió una epidemia de cólera con 22 decesos.⁴

Pasada la epidemia colérica se fundó el Consejo de Higiene (1869) y se organizó la Junta de Sanidad Nacional, cuyo presidente era el capitán del puerto, asesorado por dos médicos. Ese año el presidente y el secretario del Consejo de Higiene, los doctores Luis María Drago y Leopoldo Montes de Oca respectivamente, formularon un proyecto de Reglamento de Policía Sanitaria Marítima para la República Argentina. En él se establecieron lineamientos básicos sobre las Juntas de Sanidad, las medidas relativas al despacho, salida, arribo y anclaje de buques, sobre las cuarentenas y los lazaretos.

El título IV se refería a las cuarentenas. Allí se instituía que todo buque que llegara a un puerto de la República sin patente o con patente sucia,⁵ debía ser declarado en cuarentena, así como aquel que “tenga ... enfermos a bordo, casos de defunción, durante el viaje, de cualquier enfermedad, carga en putrefacción o descomposición” (art. 18).

Se impusieron dos clases de cuarentenas: la de observación y la de rigor. La primera duraba tres días, de 24 horas, la cuarentena de rigor era de quince días para las personas, de veinte para el buque y de treinta para la mercadería. La cuarentena sólo podía ser purgada en un puerto que contara con lazareto.

En el artículo 42 se establecía que en caso de desobediencia la justicia debía intervenir y en el último de los casos echar el buque a pique.

El título VII se refería al lazareto o lazaretos, constaba de 14 artículos y se instituía un lazareto en La Ensenada el que debía estar dotado de todos los accesorios, dirigido y administrado por un médico.

¿Qué alcance tuvo el reglamento formulado por los doctores Drago y Montes de Oca? Fue muy limitado, algunas Juntas nunca llegaron a constituirse, y en ciertos documentos se afirma que

todas estas disposiciones eran puramente teóricas, pues ni había lazaretos... No se conocían los procedimientos de desinfección marítima, ni había personal suficiente preparado para ponerlos en práctica aunque se hubieran conocido. En este tiempo la enseñanza de la higiene pública se reducía, en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, a una o dos lecciones en la materia Médica y Terapéutica... Si las disposiciones que indicaba el mencionado decreto no hubieran caído en un abandono lamentable no habiéramos tenido que llorar las víctimas numerosísimas de las tres epidemias de fiebre amarilla, de 1853, 1870-71- y las del cólera morbus...⁶

De hecho, a un año del proyecto Drago-Montes de Oca y como consecuencia de la aparición de la fiebre amarilla en el puerto de Buenos Aires, se habilitó el lazareto de la Ensenada, el que era considerado por los doctores Mallo y Wilde como

un sarcasmo higiénico -y agregaban- ¡ Debemos hacer presente que se estableció allí ese lazareto, contra el dictamen de esta Junta y contra el Consejo de la Higiene Pública!....” El mismo estaba situado en “...un terreno bajo, anegadizo y muy pequeño, de reciente formación geológica, rodeado de vegetales en putrefacción incesante, con un pequeño arroyo, casi sin corriente y cenagoso, lo que lo equipara a un estero, con un edificio ruinoso, incómodo y sucio... No contaba con guardas y la población más cercana se encontraba a seis cuadras de distancia.....”⁷

Sin embargo, cuando se anunció la epidemia de fiebre amarilla procedente de Rio de Janeiro (1870), la Junta de Sanidad del puerto de Buenos Aires aconsejó sobre la necesidad de establecer un lazareto en tierra firme y la preparación de lazaretos flotantes.

Se recomendaba la isla Martín García para establecer el lazareto fijo debido a que se hallaba a cuatro horas de camino; era un punto seco, bien aireado y sano, con una suficiente extensión, con un buen puerto al que podían atracar buques de diez pies de calado y de 700 toneladas.⁸

Pero la presencia en el puerto de buques con individuos atacados de este mal, hizo abortar estos proyectos y al gobierno, decidirse por lo que era más fácil de realizar y ordenó el establecimiento del lazareto en la Ensenada, que había sido la propuesta de los doctores Drago y Montes de Oca. Su instalación fue decididamente precaria si tomamos en cuenta que cuando se produjeron los primeros casos de fiebre amarilla que tuvieron lugar en el barrio del sud y se propuso crearlo a un

costo de cinco o seis millones de pesos... – entonces – ...se pensó que era una cantidad excesiva por tal razón muchos enfermos en lugar de ser trasladados se diseminaron llevando el contagio a otros barrios como las parroquias del Socorro o la Piedad, y en el lazareto muchos murieron por no contar con los elementos mínimos indispensables.⁹

La improvisación era hija de la falta de previsiones dado que no era la primera vez que Buenos Aires se veía afectada por esta fiebre, la primera epidemia fue importada desde el puerto de Montevideo en el mes de septiembre de 1857 y los navíos importadores fueron “Le Courier”, “Warp” y “Prince”. Reapareciendo en ésta época (1870) con una crudeza pocas veces vista, en cuatro meses murieron 14.000 personas, en tiempos en que la población de la ciudad era cercana a las 185.000 habitantes.

Además, de la escasa previsión sanitaria que venimos señalando, otro de los factores que facilitó la propagación de esta fiebre fue la escasa duración de las cuarentenas, que hablaba del exiguo conocimiento respecto de los plazos de incubación de la enfermedad; a lo que se sumaba la precariedad del aislamiento debido a que éste se realizaba del mismo modo que se venía practicando por años, es decir en los mismos barcos de pasajeros, hecho que potenciaba aún más los gérmenes infecciosos. Esto se hacía así por no contar entonces con lazaretos flotantes que sirvieran para aislar a los viajeros atacados, de los que permanecían en observación, por haber estado en contacto con ellos.

La mortífera epidemia dejó como principal lección la necesidad de dotar de los medios preventivos necesarios para frenar la propagación de este tipo de males, por esa razón los doctores Pedro Mallo y Eduardo Wilde miembros de la Junta de Sanidad del puerto de Buenos Aires,

recomendaban, el establecimiento de un lazareto internacional. Afirmaban que

esta Junta y poco después el Consejo de Higiene de esta ciudad han propuesto al gobierno un medio que satisfaría completamente todas las exigencias de la inmigración que afluye al país y daría ventajas al comercio, resguardando la salud pública, aun en los casos en que hubiera epidemias en los puertos con que estamos en comunicación. Para llegar a este medio hay un paso previo que dar. La necesidad de un convenio internacional, con la Republica Oriental y el Paraguay principalmente, para quedar por todas partes resguardados de las importaciones epidémicas ... Tras el convenio y el reglamento sanitario, vendría como su consecuencia inmediata, el establecimiento de un Lazareto internacional también, costeado por las partes contratantes. Una vez hecho el convenio y establecido el lazareto, podremos decir que no habrá necesidad de apostaderos ni otros lazaretos en tierra o flotantes...¹⁰

El 30 de Julio de 1873, se llevó a cabo un convenio por cuatro años entre la República Argentina y la Banda Oriental, donde se proyectó la creación de lazaretos internacionales. Nuestro país debía establecer uno para las procedencias del Paraguay y provincias interiores del Brasil; otro para las de los ríos con destino a Montevideo y Brasil. Uruguay se comprometía a establecer uno para las de ultramar, en el que se visarían las patentes de las embarcaciones que se dirigieran a los puertos orientales o argentinos, de las costas del Plata y del Uruguay. En la misma época se puso en vigencia para ambos países, un reglamento sanitario. Este era el primer paso dado por nuestro país para establecer una legislación sanitaria internacional.

El 14 de Julio de 1874, se realizó la primera convención sanitaria internacional de Sud-América, en la que tomaron parte Argentina, Brasil y Uruguay. Algunos de los aspectos que se fijaron tenían que ver con el fortalecimiento de las opiniones médicas sobre cualquier otra opinión, se establecía dos clases de patentes para los buques, la limpia y la sucia, y se estipulaba dos clases de cuarentenas, las de rigor para las procedencias infectadas, las de observación en los casos de menor importancia. Así mismo los tres países se obligaban a construir lazaretos en sus puertos principales. La convención se estipuló por cuatro años.

De igual modo, la ley de inmigración promulgada el 6 de Octubre de 1876, contenía disposiciones tendientes a evitar la propagación de la fiebre amarilla y del cólera morbus. En 1877 se dictó el primer reglamento sobre los deberes de los guardas sanitarios, quienes eran los responsables del estado higiénico de los buques a su cargo. Por último en enero de 1878, se aprobó el reglamento de policía para los lazaretos: éste disponía que habría en los lazaretos flotantes una autoridad militar, supervisada por la autoridad sanitaria correspondiente. Por otra parte se establecieron reglas para el aseo e higiene de los mismos, tarifas fijas para los cuarentenarios, y servicio médico gratuito cuando el médico fuera de sanidad.

A finales de la década del setenta, Buenos Aires contaba con lazaretos flotantes de los cuales las referencias encontradas son de tipo indirecto, pero sabemos que se utilizaban cascos de buques viejos.¹¹ Su utilización era efímera ya que por lo general, como apuntábamos anteriormente, las cuarentenas se realizaban sobre los buques dentro de los cuales llegaban los inmigrantes y pasajeros a nuestras playas.¹² No se contaba con un lazareto fijo en tierra, los que se habían conocido fueron provisorios y no habían cumplido con los preceptos de higiene vigentes. Tampoco la tentativa de instalar un Lazareto internacional había prosperado. Sin embargo, en muchos casos estas limitaciones no fueron producto de vacíos reglamentarios u ausencia de políticas específicas, sino de las características del personal que debía impartirlas. Fue el caso de los guardas sanitarios (1877), que “no formaban un cuerpo disciplinado [eran] mal elegidos [...] sin preparación intelectual y mucho menos conocimientos especiales en la materia que iban a desempeñar...”¹³ Esto hizo abortar una iniciativa que en la letra era ideal, pero en la práctica resultó ineficaz.

Por lo expuesto podemos afirmar que los lazaretos de Buenos Aires en los años setenta no se diferenciaban de lo que ocurría en el resto de América Latina, estaban lejos de ser instituciones médicas, su propósito era más bien separar a los enfermos del resto de la población antes que proveer asistencia médica.¹⁴ Con lo cual no era excepcional ni extraño que a pesar de los dispositivos montados, la década del ochenta se inaugurara con la presencia de brotes epidémicos.¹⁵ A pesar de ello, se cerró con un efectivo control de los mismos, lo que se debió entre otros factores perfeccionamiento de lazaretos y a las transformaciones en el concepto de aislamiento. Tema que desarrollaremos a continuación.

La década del 80

La década del 80' desde el punto de vista institucional marcó cambios significativos. El Departamento Nacional de Higiene – en adelante DNH – fue fundado en 1880 por el inciso 13 del presupuesto de Marina, quedando a cargo de la Junta Provisoria de Higiene, creada el 7 de noviembre de 1879.¹⁶ En el mencionado inciso, se establecían amplias atribuciones al DNH, pero escaso margen para sus decisiones ya que fue puesto bajo la múltiple dependencia de las autoridades de Guerra, Marina o Interior, según el origen del problema a enfrentar, es decir, ya fuera que se refiriera a la higiene del puerto, del ejército o del territorio.

El DNH reemplazó en la Capital Federal al antiguo *Consejo de Higiene* (1855) que había sido producto de la organización municipal iniciada a mediados de la década del cincuenta. A diferencia del *Consejo* (1855) contaba con jurisdicción nacional correspondiéndole facultades muy amplias como era todo lo relacionado con la salud en las diversas reparticiones de la administración nacional. Podía proponer la reglamentación y la organización del cuerpo médico del ejército y de la armada ó proyectar medidas sanitarias para los puertos, el mantenimiento de la higiene en el ejército y la armada, vigilar el ejercicio legal de la medicina y la farmacia, inspeccionar la vacuna y las droguerías.¹⁷

Sin embargo, la Capitanía General de puertos conservaba aún muchas de sus atribuciones referentes a la sanidad marítima, y el DNH tenía más un carácter consultivo y de estudio, pues no se le daba ninguna autoridad para hacer cumplir sus disposiciones, ni aun sobre sanidad. Tal es así, que la Capitanía Central de puertos establecía en los meses de noviembre y por su propia autoridad, *tres fondeaderos para embarcaciones en cuarentenas*. Esto se reorientó por medio del decreto del 6 de marzo de 1882, donde quedó establecido que la Dirección Sanitaria de los puertos de la República pasaba a la órbita del DNH.

En 1884, se aprobó la construcción e instalación de lazaretos – Ley Nacional n. 1451.¹⁸ La mencionada norma proyectada por el diputado Dr. Antonio F. Crespo, establecía medidas sanitarias tendientes a evitar la introducción del cólera morbus, si bien no se dice expresamente, por lo inferido a partir del debate sobre el tema, el lugar elegido era la Isla Martín García. Las obras se iniciaron bajo la dirección de una comisión nombrada por el gobierno denominada Junta Central de Lazaretos,

encargada de ejercer la administración y vigilancia de estos establecimientos.¹⁹

Esta iniciativa se debía, a que el cólera si bien visitó Buenos Aires en forma casi epidémica en 1886, desde 1872 era constante a lo que se sumaron las noticias provenientes de Europa que anunciaban un nuevo brote epidémico. Con lo cual el debate se centró en las medidas sanitarias que la República debía adoptar.

En tal sentido, se defendió muy fuertemente en el Congreso de la Nación la necesidad de las *cuarentenas* frente a la propuesta de cierre de los puertos, argumentándose que:

...En un momento en que cada laboratorio de investigación nos suministra los elementos necesarios para poder poner una barrera casi infranqueable a la penetración de una epidemia; en un momento en que tenemos un cúmulo de elementos suficientes para poder matar, por decirlo así los gérmenes que han de desarrollar esta epidemia, no es lícito proponer una medida tan radical que interrumpa el intercambio comercial [...] Todas las medidas que pueden adoptarse son las cuarentenas [...] y los cordones sanitarios...²⁰

Al respecto, el Dr. Bartolomé Novaro, miembro de la Comisión Sanitaria Nacional afirmaba que

existía una única fórmula salvadora que consistía en aislar a los atacados de una enfermedad contagiosa, a los que ya se han expuesto al contagio, y en la desinfección de todo lo que puede servir de vehículo a los gérmenes contagiosos.²¹

En tal sentido era necesario contar con espacios apropiados, por esa razón y, en base, a los estudios que habían realizado la Junta de Sanidad primero, y el Departamento Nacional de Higiene, después, se fortaleció la idea de instalar un lazareto en la isla Martín García,²² por contar con una serie de factores favorables, entre ellos el geográfico.

La isla ubicada en el Río de la Plata, sobre la desembocadura del Río Uruguay, tiene a diferencia de las islas del delta Bonaerense de origen aluvional, un conjunto rocoso perteneciente al Macizo de Brasilia, de tipo impermeable.

Fue descubierta en febrero de 1516 por Juan Díaz de Solís, funcionó desde 1765, como presidio y/o cárcel siendo lugar de reclusión para presos comunes.

Entre 1886 y 1915,²³ a la función militar y penal, se sumó la de Lazareto. En los primeros años de la década del 80 contaba con galpones de madera y se anunciaba la llegada desde Alemania de seis aparatos de desinfección, un generador de vapor, dos cámaras centrífugas y dos de desecación. También se construyó un horno de cremación, para los enfermos que *sucumbieran por enfermedades infecciosas*.²⁴ Si bien el motor que dinamizó su aparición fue la presencia del cólera en nuestras costas, el mismo fue utilizado para todas las infectocontagiosas.

¿Cuál era la infraestructura de este lazareto? Contaba en un principio con

un kiosco con capacidad para sesenta enfermos coléricos, dos casillas de propiedad particular, distantes 100 metros más o menos del kiosco, destinada, una a alojar empleados y la otra para cuando se envíen enfermos infecciosos (sarampionosos, varilosos, escarlatinosos etc.) [...] un horno de cremación en el cual caben tres cadáveres; otro horno en construcción de mayor tamaño y un observatorio para enfermedades comunes.²⁵

De una nota enviada por el director del Lazareto Martín García al responsable de Lazaretos Nacionales Dr. Lucilo del Castillo, se desprende que existían tres pabellones

que armonizaban su estilo arquitectónico y de cuatro pequeñas dependencias adyacentes [...] La distancia entre los dos pabellones principales es de 120 metros aproximadamente. Dichos pabellones están situados en la parte más alta de las isla [...] y cada uno tiene 25 metros de longitud, 21 metros de ancho y cuatro de alto en las partes laterales pues en el centro tiene seis metros de altura.²⁶

Los *pabellones* eran de madera, y uno de ellos estaba compuesto por dos casillas. El primero medía 13 m por 25 m y tenía capacidad para cincuenta camas, el segundo estaba dividido en dos departamentos de 5 m por 20 m de ancho, 9,70 de largo y 3,50 de altura. Paralelamente a éste existía *un pabellón* construido por el Dr. Saco, que servía para

alojar a los atacados de *viruela*, que estaba equipado para recibir hasta 25 enfermos.

A esto se sumaba *un salón* de 13 m por 30 m con capacidad para sesenta enfermos, con dos habitaciones para los enfermeros y asistentes. También contaba con *dos piezas* que podían contener 10 enfermos c/u y que “se reservaban para los varilosos” y *una casilla* con cuatro habitaciones y una cocina las que servían de alojamiento, a los practicantes, farmacéutico, ecónomo, escribiente y otros empleados.²⁷ Además contada hornos de cremación,²⁸ farmacia, cocina y letrina.

El personal estaba compuesto por un médico (Eulogio Seco), dos practicantes (Diego b Scotto y Ubaldo Villarruel), un farmacéutico (Julio Vivanco), un ecónomo (Alberto Cosay), un escribiente (Pedro Etchevarne), un cocinero, seis peones y seis enfermeros.²⁹

Por último en 1888 se dotó al lazareto de un sistema de administración mediante la concentración de las oficinas, también se estableció un horario para la higiene de los cuarentenarios, y una policía para “vigilancia y el orden”.³⁰

De las observaciones clínicas advertimos que además de coléricos también había varilosos y sarampionosos, y se contaba con pabellones para cada una de las enfermedades.

Durante los años noventa se introdujeron cambios los que se asociaron con un rol diferente dado al hospital flotante, que hizo de Martín de García un lazareto para cuarentenas de observación en lo referente a las enfermedades exóticas – cólera y fiebre amarilla – quedando Rodolfo del Viso para las de rigor.

Los noventa

En octubre de 1891, el Congreso Nacional, estableció reformas a la estructura original del DNH. A partir de entonces tuvo a su cargo el estudio de las cuestiones relativas a la higiene y salud pública, así como las investigaciones científicas ó administrativas, la inspección sanitaria de los puertos de la República, la dirección y la *administración de los lazaretos*, profilaxis interna y vacunación.

Al llegar Luis Sáenz Peña (1892) a la presidencia de la República le ofreció a José María Ramos Mejía el cargo de presidente del DNH, y

como tal organizó la defensa sanitaria de la República mediante el fomento y fundación de autoridades sanitarias en todas las provincias, a las que asistían con personal y elementos necesarios para la prevención de las enfermedades que provenían del extranjero y la extinción de algunas enfermedades infecciosas comunes, que producían numerosas víctimas, como eran la difteria y la viruela

Como parte de la “Defensa Marítima” se elaboró un reglamento de “inspectores de sanidad”, que fue aprobado en 1893. Era un cuerpo médico dependiente del DNH y eran los encargados de la higiene y la profilaxis de la rada, de la inspección, vigilancia, desinfección y asistencia de enfermos en los buques en cuarentena o en lazaretos flotantes y también de la asistencia y vigilancia de los grupos de cuarentenarios con destino a Martín García.³¹

Para el “servicio médico en rada” se establecía que durante su permanencia a bordo debían hacer una visita general a los pasajeros y a la tripulación por la mañana y dos inspecciones más, una al medio día y otra a la tarde; debían pasar un parte diario, con las novedades ocurridas en el buque o lazareto a su cuidado, también llevarían un libro, sellado, foliado y rubricado por la secretaría donde debían anotar los resultados de las visitas; en caso de haber enfermos a bordo debían anotar los datos individuales, los antecedentes hereditarios y patológicos, diagnóstico y terapéutica empleada.³²

Estos inspectores eran considerados de vital importancia porque en enfermedades como la fiebre amarilla y el cólera la distancia no se convertía en una barrera ya que, aunque no se produjeran casos a bordo de la travesía, se consideraba que la vitalidad de los gérmenes podía contaminar la ropa de los pasajeros y tripulantes, conservando todo su poder infeccioso.³³ La cuestión se agravaba si se le suma que se había llegado hasta la ocultación de los enfermos, “tratados inhumanamente y privados de los auxilios médicos necesarios, para que no denuncien con su padecimiento a la enfermedad infecciosa que los obligará a someterse a un tratamiento sanitario”.³⁴ En otro documento se reitera que

continuamente hemos observados ocultaciones de enfermos hechos tercamente por capitanes de buques e intereses particulares del comercio que intentaron entorpecer la acción de las autoridades sanitarias y sólo ante el imponente espectáculo

de la muerte de un hombre y de la responsabilidad que esto envolvía, se retiraba la ignorancia para dar paso al médico que varias veces llegaba tarde, por haberse perdido un tiempo tan necesario...”³⁵

Por esta razón, se dispuso un arsenal de medidas tendientes a luchar contra los peligros foráneos que no sólo perjudicaban las condiciones de vida de la población sino también las relaciones comerciales con otros países.

En los 90 la modalidad de control y profilaxis continuaba siendo el sistema de cuarentenas, pero el mismo se practicaba en un lazareto, que tenía por objeto aislar a las personas infectadas, o sospechosas, del resto de la población local. Tanto era así que si al momento de llegar el barco ya tenía personas atacadas estas eran alojadas en el *hospital flotante*, sin llegar a tocar tierra firme.

Los lazaretos fijos que eran los que estaban en tierra, destinados a personas que durante el viaje habían estado en contacto o simplemente compartido con un infectado, o provenían de puertos infectados como los de Brasil, y los *lazaretos flotantes* que eran *barcos hospitales* donde eran recibidos los atacados de enfermedad pestilencial exótica procedentes de los navíos infectados.

En 1892 el DNH seguía contando con el lazareto fijo de Martín García y se sumaban los lazaretos flotantes Rosetti y Singapore (posteriormente llamado Rodolfo del Viso) a donde se enviaban los enfermos aparecidos en la rada.³⁶

El reglamento decía que los pasajeros sospechosos debían ser enviados al lazareto de Martín García, donde aislados en compartimientos especiales sufrían la observación sanitaria que imponía el reglamento. Al mismo tiempo sus equipajes eran desinfectados por medio de estufas (Geneste Hersher). En el navío permanecía a bordo un guarda sanitario y en los casos de tener enfermos a bordo era sometido a la observación de rigor. En caso contrario, previa desinfección, permanecía aislado hasta la terminación del período de observación. Todos los gastos que demandaba el procedimiento corrían por cuenta de las compañías navieras.

Para hacer frente a estas tareas el lazareto de Martín García estaba dividido en dos ramos a) Servicio técnico sanitario, b) Servicio administrativo.

El primero, tenía al frente a un médico el que a su vez tenía a cargo: un médico interno, un farmacéutico, el jefe de desinfección, dos desinfectadores, dos cremadores, más los guardas y médicos que acompañaban a los grupos cuarentenarios. Este servicio contaba con un pabellón de desinfección dotado de cinco estufas Geneste y Hercher, una sala para la desinfección química y cuatro cubos para las soluciones desinfectantes. Un departamento de lavado de ropa que constaba de 20 piletas con agua corriente las que, además, eran utilizadas para bañar a los pasajeros de tercera categoría.³⁷ A este servicio se sumaba el hospital de afecciones comunes, el que también servía para los enfermos atacados de infectocontagiosas comunes.

El mencionado hospital estaba a cargo del médico interno del lazareto, contaba con un enfermero y capacidad para veinte camas. Estaba compuesto por dos pabellones paralelos que eran las salas para enfermos, y otros dos perpendiculares que servían uno para cocina y vivienda del enfermero, el otro para, consultorio, baños y dormitorio del médico.

Por último, el servicio técnico contaba con la sección para autopsias y cremaciones. Estaba compuesta por cuatro hornos chicos para un cadáver cada uno y un horno donde podían incinerarse hasta 25 cadáveres.³⁸

El departamento administrativo estaba a cargo de un intendente el que tenía a su cargo a un sub-intendente, un mayordomo, un escribiente, un ordenanza, un albañil, un mecánico, un maestro carpintero, un cocinero de 1ª, dos cocineros de 3ª, una camarera, dos lavanderas y planchadoras, un capataz de peones y la peonada que oscilaba entre 20 y 25 hombres. La peonada realizaba el acarreo, trabajaban como peones de cocina, de foguistas para la bomba que alimentaba el depósito de aguas corrientes.³⁹

El intendente dirigía la parte administrativa comprendiéndose por esto el reparto y entrega de correspondencia, llevaba los libros de contabilidad, de depósito, de entrada y salida de cuarentenarios.

¿Cómo era el procedimiento? Desde los buques se trasladaban a los pasajeros y a sus equipajes en barcos más pequeños llamados “vaporcitos”, donde se colocaba una “planchada” entre los vapores y el muelle de la isla para hacer accesible el desembarco de los inmigrantes.

En el muelle se encontraban el intendente y el escribiente que eran los encargados de recibir y conducir a los pasajeros de 1ª clase,

también asistían auxiliares y peones que eran los encomendados del transporte y vigilancia de la “planchada” y de la descarga de los equipajes, entre otras tareas. A éstos se sumaba un enfermero y un médico.

Una vez en el muelle bajaban primero los pasajeros de 1ª y sus valijas, las que eran subidas en dos “zorras” especiales. Los de 3ª desembarcan posteriormente por grupos de 100 a 150 personas. Todos eran conducidos hasta la estación de desinfección.

Una vez que llegaban a la estación de desinfección, el jefe de ésta, procedía a la separación por sexo; los hombres con los niños mayores de diez años, las mujeres con los niños menores de diez años. Una vez finalizado esto se procedía a la distribución de “ranchos”. Ésta operación consistía en

formar grupos de diez personas, y de entre ellas se nombra un capataz al que se le entrega una boleta numerada. Esta deben conservarla durante todo el tiempo de la cuarentena, les da derecho a diez frazadas, un fuentón grande de lata, un cucharón, diez tazas, diez platos, veinte cucharas y veinte tenedores.⁴⁰

Una vez que se finalizaba la distribución en ranchos se empezaba con la tarea de desinfección cuyo procedimiento era el siguiente: Se colocaban dos guardias, los que tenían por misión custodiar los accesos. Se hacía entrar a grupos de 20 personas, cada pasajero abría sus baúles, valijas etc sacaba ropa limpia para cambiarse y hacía un paquete con todo aquello que el guarda o el médico le indicara. Cada uno de estos paquetes era anotado y recogido por un peón que

se encargaba de llevarlo al departamento de los catres sucios para ponerlos en la estufa. Los pasajeros, concluida la revisión médica esperaban afuera, la salida de la estufa de todo lo que en ella habían puesto.⁴¹

Esta práctica de desinfección a veces se realizaba en una sala de química con azufre pero para esta época, según los documentos se usaba poco y su mayor aplicación era como insecticida.⁴²

Una vez finalizada la desinfección restaba iniciar el *aislamiento*, el cual era vigilado por “dos empleados a caballo” que recorrían el alambrado durante el día, hasta la fecha de “salida”. Momento en que se organizaba la partida del lazareto de los cuarentenarios.

Así el día de salida, el auxiliar, el mayordomo junto a otros empleados recogían de “cada rancho” las frazadas y los utensillos de comida, para esto cada capataz de rancho se hacía responsable de la entrega de estos elementos una vez que “se hace el recuento en presencia de él, se le deja embarcar o no, según esté o no completo lo que entregue”.⁴³

Dentro del lazareto existía asistencia médica organizada en torno al consultorio y al hospital. De hecho realizaban de acuerdo a las afecciones de los enfermos una división entre los derivados al consultorio y los derivados al hospital.

Entre los enfermos de consultorios predominaban las enfermedades del aparato digestivo y las afecciones oculares. Las primeras eran justificadas si se tenía en cuenta el cambio brusco de alimentación, método de vida etc. Entre los del hospital predominaban el reumatismo, fiebres gástricas, neumonía etc.⁴⁴

CUADRO I - NÚMERO DE PASAJEROS ENTRADOS
AL LAZARETO MARTÍN GARCÍA ENTRE 1889 A 1893

AÑOS	PASAJEROS DE 10	PASAJEROS DE 30	TOTALES
1889	433	4084	4517
1890	S/D	S/D	S/D
1891	37	106	143
1892	605	4692	5297
1893	262	9629	9891
Totales	1337	18511	19848

Fuente: ACEVEDO, W. 1894, op. cit., p. 42.

En 1895 el reglamento fue modificado suprimiéndose las cuarentenas por considerarlas antieconómicas. A partir de entonces los buques que procedían de puertos europeos, sucios o sospechosos, con más de 100 pasajeros de proa, desembarcaban en la Isla Martín García

para la desinfección de sus ropas y equipajes. Esta decisión estaba hablando de una medida que era hija del triunfo de los controles y de los medios proporcionados por la ciencia, dejando de lado el simple aislamiento para ser reemplazados por la desinfección mediante una renovada tecnología médica.

La necesidad de suprimir las cuarentenas, por su escasa practicidad, había sido fruto de enconados debates, donde se reconocían los perjuicios a las relaciones comerciales y su escasa eficiencia como mecanismo sanitario. Su vigencia por tantos años (teniendo en cuenta que otros puertos las habían desarticulado mucho antes), se debía a que “de puntos europeos han partido distintas epidemias que extendiéndose por todo el mundo nos visitaron en los años 1868, 1886 y 1894-95.”⁴⁵

Pero ante el descenso en la aparición de focos epidémicos en los puertos con los que se mantenía mayor contacto y ante la convicción expresada por varios facultativos de esta repartición de que el país contaba con los instrumentos necesarios como para reemplazar las costosas cuarentenas; éstas fueron suprimidas. Se reemplazaron por inspectores a bordo de los barcos.

Fue el DNH quien por esta época estableció la nueva cuadrícula legal con la que no sólo los inmigrantes sino también los navíos extranjeros debían someterse y respetar la meticulosa reglamentación que se basaba en desglosar los puertos de procedencia (catalogados como sospechosos de contagios o no) y de navíos. Para estos últimos se consideraban varias clases pero sólo los de clase “A” (más de 100 pasajeros): estaban obligados a llevar siempre médico, botiquín, útiles de cirugía, para tener el privilegio de “paquete” (que consistía en no tener que pasar por Martín García). Además, debían estar provistos de estufa de desinfección, depósito desinfectante, útiles de desinfección, libro de proveeduría de farmacia, en el cual se designaba la cantidad y especies de drogas o medicamentos, libro de recetas médicas, un libro clínico, lista de pasajeros con nombre, sexo, nacionalidad, profesión y procedencia.⁴⁶

El lazareto de Martín García hasta la supresión de las cuarentenas – 1895 – había logrado un grado de complejidad llamativo y a la vez estaba a la vista su importancia dado que para esta época tanto el cólera como la fiebre amarilla –, factores por los que se había creado – habían sido prácticamente erradicados de nuestro suelo. Aun

así siguió ejerciendo un rol importante en materia de prevención de enfermedades infecciosas.

Ahora bien, las medidas de profilaxis detalladas en el lazareto de Martín García, ¿desde el punto de vista científico dónde se insertaban? Según Sandra Capóni,⁴⁷ este tipo de medidas responde, por ejemplo en el caso concreto de la fiebre amarilla, a que la enfermedad fue asociada desde su inicio – 1871 – a las deficiencias de saneamiento y proximidad con el Brasil. En tal sentido, Argentina, reprodujo los programas pausterianos, respetando fielmente sus protocolos de investigación y se reconoce, al menos en lo que refiere a Buenos Aires, como la Europa de América Latina. Convencidos en que sus problemas sanitarios en nada se aproximaban a los trópicos pestilentes, sino que sus males eran idénticos a aquellos que aquejaban a Europa básicamente, tuberculosis, viruela, cólera y sífilis. Por ello estos problemas sanitarios deberían ser resueltos reproduciendo los mismos medios empleados en los centros de investigación de las metrópolis: reconocimiento de los microbios específicos, atenuación para producción de vacunas, saneamiento y desinfección. En Brasil, en cambio, éstas medidas fueron complementadas con otros estudios, puesto que el reconocimiento de los vectores exigía estudios de historia natural y de entomología que posibilitaran la clasificación, sistematización y localización de los artrópodos, es decir, ya no se trataba de mostrar que en Brasil ocurrían las mismas enfermedades que en Europa y que existían los mismos agentes bacteriológicos, sino de observar la peculiaridad de ciertas enfermedades que requerían de la intermediación de vectores que poseían características específicas, que solo habitaban en determinadas regiones del mundo. Así fue, que Oswaldo Cruz desplazó su interés de vincular las condiciones higiénicas de Rio de Janeiro con las enfermedades compartidas con Europa hacia los estudios de medicina tropical.

Resulta evidente que estas diferencias afectaron la selección de las medidas de profilaxis empleadas por ambos países, pero la pregunta sería, a partir de lo detallado en Martín García qué efectos tuvieron las mismas en cuanto a la propagación de las llamadas enfermedades exóticas. Pero para responder este interrogante, antes debemos avanzar sobre las acciones llevadas a cabo en el Lazareto Flotante Rodolfo Del Viso.

Hospital Flotante Rodolfo Del Viso

Como se manifestó en el inicio de éste trabajo, el Hospital Flotante Rodolfo del Viso, era un lazareto emplazado en un buque que estaba fondeado distante de la costa del Puerto de Buenos Aires, cuya función principal era recibir a inmigrantes y/ tripulantes que durante la travesía marítima hubieran desarrollado síntomas o padecido de alguna enfermedad, en especial cólera o fiebre amarilla. El objeto que tenía el barco hospital era por un lado que los enfermos no tocaran tierra firme y por otro la atención y observación sistemática de los atacados.

Las mencionadas observaciones, se centraron básicamente en dos enfermedades, el cólera y la fiebre amarilla, hecho que está en consonancia con las razones de existir de éste lazareto. Aún así el eje estuvo puesto en el “germen amaril”.

Así en 1894, el Dr. Francisco Otero, Director del Hospital Flotante Rodolfo Del Viso, puntualizaba que la génesis del tifus amarillo era de naturaleza microbiótica y a partir de este principio, admitido por la generalidad de los clínicos de la época, se generaron dos hipótesis distintas: Unos consideraban haber encontrado el microbio patógeno en todos los órganos: en la sangre, materias segregadas y excretadas. Otros, por el contrario, admitían la existencia del germen morbosos en la vía gastrointestinal, siendo productor en este sitio de una materia tóxica más o menos abundante la que absorbida producía en el organismo los fenómenos clínicos que distinguen a la enfermedad. Esta hipótesis era la más difundida, pues nada se había podido comprobar respecto de la primera.⁴⁸

En diversas publicaciones y estudios clínicos terapéuticos de la fiebre amarilla,⁴⁹ se establecía que los síntomas en un primer momento eran cefalalgia frontal moderada; dolores de los miembros, falta de apetito, estreñimiento y sequedad en la boca, posteriormente aumento de la temperatura, adquiriendo finalmente un color amarillento todo el cuerpo y manchas equimóticas en las partes declives del cuerpo (espaldas, nalgas cuello) así como rastros de hemorragias por la nariz y encías.

¿Qué tratamiento se dio a la fiebre amarilla, en el lazareto Rodolfo del Viso?

Se aconsejaba el empleo de purgantes activos al iniciarse los primeros síntomas de afección, seguidos por desinfectantes intestinales con el fin de desembarazar el canal intestinal de aquellas sustancias

tóxicas, evitando así su absorción.⁵⁰ En caso de reabsorción del virus amarillo y con el fin de atenuar sus consecuencias, se recomendaba activar las vías de eliminación orgánica, mediante la secreción del sudor para lo que se sugería bebidas calientes adicionadas con medicamentos diaforéticos, abrigo excesivo, lo que era complementado con, inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de pilocarpina a la dosis de un centígramo repetida una o dos veces en las 24 horas. Y todo ello acompañado con una dieta. Esto sintetizaba la medicina aplicada en el primer período de la enfermedad⁵¹ y de alguna manera, también, marcan la adaptabilidad que sufrieron las corrientes médicas europeas en el espacio rioplatense, hecho que le hacía afirmar al Dr. Otero que “la fiebre amarilla se cura irremisiblemente en su primer período cuando hay tiempo suficiente para aplicar el tratamiento [...] – antes detallado.”⁵²

En caso de llegar a la segunda fase de la enfermedad, F. Otero, afirmaba que en el Lazareto Flotante se procedía a realizar una dieta láctea, y como el principal campo de acción – entendía – eran las toxinas que estaban en la sangre, se buscaba vivificar la masa sanguínea, con inhalaciones de oxígeno el que era complementado con agua oxigenada a discreción.

Estas medidas, de alguna manera fueron efectivas, más aún si tenemos en cuenta que en el caso de la “enfermedad del vómito negro”, no había entonces un conocimiento acabado de la misma. Durante la penúltima década del Siglo XIX, se enfrentaban cuatro puntos de vista. En Brasil Freire señalaba como agente patógeno al *Cryptococcus xanthogenicus* y Larceda la hongo *Cogumello*. En México Carmona y Valle creían en la especificidad de un moho, la *Peronospora lutea*. En Cuba, Filay aislaba un microorganismo que nombró *Micrococcus tetragenus febris flavae*.⁵³

Recién en 1900, una Comisión del Ejército Norteamericano demostró en La Habana que la fiebre se transmitía de una persona enferma a una sana a través del mosquito *Aedes aegypti*, y que producía inmunidad en las personas que sobrevivían a la primera infección. Esto dio origen a la llamada “teoría de los centros claves”, que suponía que la enfermedad era endémica en puertos y ciudades costeras importantes (a los que se denominaba centros claves) y que desde allí se difundía a otras zonas o regiones.

Los métodos tradicionales para combatir los mosquitos incluyeron la fumigación, la cobertura de contenedores de agua con mallas metálicas, *el aislamiento de enfermos, la cuarentena de puertos, el establecimiento de cordones sanitarios* terrestres que aislaban a las poblaciones infectadas y la reconstrucción de locales.⁵⁴

Lo expuesto hace suponer que las medidas aplicadas en Buenos Aires en los últimos años del Siglo XIX, con anterioridad a los descubrimientos hechos en La Habana, fueron atinadas, puesto que combinar el aislamiento preventivo en la isla Martín García, con el tratamiento clínico de los enfermos lejos de la costa porteña, dio como resultado, que hacia finales de la década del 90' (S XIX), las llamadas enfermedades exóticas, dejaran por lo menos oficialmente, de "ser tan temidas", solicitándose entonces que

ya que es tiempo de que cesen las medidas coercitivas establecidas para defendernos de ellas, pues la mejor defensa esta en la desinfección prolija, en el saneamiento de nuestras capitales y la fundación de estaciones sanitarias en nuestros puertos, que han sido y son la entrada obligada de las enfermedades exóticas que tenemos que combatir...⁵⁵

Considerando que – en el caso de la fiebre amarilla – su establecimiento en forma epidémica había ocurrido en épocas de abandono y de verdadera incuria administrativa, y que lo único que había que resguardar era la proximidad con Brasil, nación que para entonces seguía siendo asolada por el virus amarillo.⁵⁶

En la ciudad de Buenos Aires, por los datos que se pueden obtener ni el cólera, ni la fiebre amarilla cobraron víctimas a partir de 1895. Los casos que se registraron se produjeron a bordo de los barcos de pasajeros, y en su mayoría se trataba de embarcaciones que procedían, o había tocado algún puerto de Brasil.

Por medio del cuadro 2 podemos observar los descensos en los niveles de mortalidad por causa del cólera y de la fiebre amarilla, y en el cuadro 3 se muestran 37 casos de fiebre amarilla atendidas en el Hospital Flotante Rodolfo del Viso en los primeros meses de 1894.

CUADRO 2 - EPIDEMIAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS REGISTRADAS ENTRE LOS AÑOS 1858-1915 EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, Y EL NÚMERO DE VÍCTIMAS QUE EN CADA UNA DE ELLAS SE REGISTRARON, EN VALORES ABSOLUTOS

AÑO	EPIDEMIAS						
	FIEBRE AMARILLA N. DE VÍCTIMAS	SARAMPIÓN N. DE VÍCTIMAS	CÓLERA N. DE VÍCTIMAS	FIEBRE TIFOIDEA N. DE VÍCTIMAS	VIRUELA N. DE VÍCTIMAS	DIFTERIA Y CRUP N. DE VÍCTIMAS	ESCARLATINA N. DE VÍCTIMAS
1858	141						
1865		269					
1867			1.653				
1868			993				
1869			319	600			
1871	13.614				1.656		
1872					836		
1873		71					
1874		125	790				
1875					1.041		
1878						240	
1879					429	369	
SUB TOTALES	13.755		3.755				
1880					832	335	
1883					1.510		
1884		164					
1886			562			452	
1887		141	530		1.299	1.052	
SUB TOTALES			1.092				
1895	10	812					598
1900							359
1901					1.227		409
1906					970		
1910					543		
1915		353				402	

Fuente : Cuadro elaborado a partir de datos proporcionados por Mazzeo, Victoria (1993) Mortalidad Infantil en la ciudad de Buenos Aires (1856-1986) Buenos Aires, CEAL. p. 21 y sig.

CUADRO 3 - CASOS DE FIEBRE AMARILLAS ASISTIDOS EN EL HOSPITAL FLOTANTE RODOLFO DEL VISO. TOMANDO COMO REFERENCIA EL ÚLTIMO PUERTO TOCADO POR LA EMBARCACIÓN

BARCO	PROCEDENCIA	ATACADOS	FALLECIDOS
Pedro III	S/D	4	1
Gerda	Rio de Janeiro	10	2
Clyde	Rio de Janeiro		1
Mindello*	Rio de Janeiro	2	
Gellivara	S/D	12	4
Clairemont	Santos	1	
Campana	S/D	2	
Magdalena	Rio de Janeiro	1	
Equateur	Rio de Janeiro	1	
Totales		33	8

Fuente: Otero, Francisco. "Estudio clínico terapéutico de la Fiebre amarilla en el Hospital Flotante Rodolfo Del Viso" en Anales del Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires, 1894, p 956-1122.

* El documento habla sobre Sebastián Guerrero mariner de corbeta de Mindello, y a Joaquin Francisco pero refiere que dicho barco tuvo abordos varios atacados, sin especificar cuantos.

A modo de balance

Por lo expuesto podemos afirmar que los lazaretos Martín García y el flotante Rodolfo del Viso, si bien fueron motorizados por las mismas razones – *las enfermedades exóticas o viajeras* – la dinámica interna que cada uno adquirió, detalladas a lo largo de éste trabajo, se inscriben con algunos matices diferentes, en el modo en que se adaptó la revolución pasteuriana en sus escenarios periféricos.

En el lazareto Martín García, primó la idea higienista, basada en el control de la enfermedad, la función con que fue creado de alguna manera lo condicionó, puesto que allí iban pasajeros sanos a cumplir solo una cuarentena de observación, y si bien la visión clínica estuvo presente mediante el cuidado de los enfermos, las autopsias etc., primó la visión

higiénica. En cambio en el lazareto flotante dominó la visión clínica basada en la descripción de los síntomas, interpretación de los procesos fisiológicos e identificación de las lesiones orgánicas subyacentes a ello. Tal vez la percepción bacteriológica es la que resulta menos evidente, aunque no por ello ausente, dado que la existencia de laboratorios da indicios de ello, aunque menos marcado en estos dos espacios.

En relación a este tema, es menester aclarar algunas ideas, respecto a la traspolación sistemática por parte de la Argentina de medidas profilácticas de desde los países centrales.⁵⁷ Si tomamos como referencia las Conferencias de Higiene Internacional, básicamente la realizada en Dresde (1892) y la de París (1894), observamos que muchas de las disposiciones de ellas emanadas ya eran aplicadas con anterioridad en nuestro país y específicamente en Buenos Aires. Por ejemplo en la Conferencia de Dresde se aconsejaba incorporar la figura del Inspector sanitario, cosa que estaba vigente entre nosotros desde década del setenta con la figura del guarda sanitario y posteriormente con la del inspector sanitario en la del noventa. Otra cuestión se refiere a lo estipulado en la Conferencia de París respecto al establecimiento de instalaciones sanitarias en las fronteras, para efectuar allí la desinfección de ropas y demás objetos de los viajeros con el fin de impedir el paso a toda persona enferma o sospechosa de cólera. En el caso de las medidas adoptadas por nuestro país esto está vigente desde los años ochenta con el adicional que se tomaba en cuenta el estado del puerto de procedencia, de manera que si procedía de algún puerto considerado sospechoso y aunque no hubiese tenido enfermos a bordo, igualmente se sometía al buque y a su tripulación a las cuarentenas de observación. Esto tendió a acortar los márgenes de error, respecto a la estimación del período de incubación de enfermedades como cólera o la fiebre amarilla.

Con referencia a la efectividad o no de estas instituciones en el control de las enfermedades llamadas viajeras, consideramos que cumplieron un papel clave en el control de las mismas. Sobre todo si tenemos en cuenta que, en la vecina República de Brasil, con quien manteníamos un asiduo contacto marítimo la peste amarilla asoló hasta los primeros años del 1900.

Por lo expuesto podemos concluir que en materia de control de las enfermedades viajeras la agenda higienista en Buenos Aires fue efectiva. Esta visión que podríamos llamar optimista, puesto que habla

del triunfo de la Higiene respecto del control del cólera y la fiebre amarilla en esta zona portuaria, no es extensivo al resto de las infectocontagiosas. Cuyo descenso en los niveles de mortalidad, no fue extensivo a toda la geografía de la mencionada metrópolis.⁵⁸

THE ROLE OF THE LAZARETOS IN THE CHOLERA AND YELLOW FEVER CONTROL. BUENOS AIRES 1870-1915

Abstract

This article seeks to analyse the health control of foreigners travellers in the Buenos Aires port, in the end of XIXth century. At that moment, there were many infectious diseases from others countries such cholera and yellow fever. So, there were “lepers´ lazarettos” at land for those who had had contacts with the infected; and there were floating hospital ships for the infected people foreigners.

Key words: *Lazarettos*, Martin Garcia, Rodolfo del Viso, cholera, yellow fever.

Notas

1. En 1869 el primer censo nacional decía que la Argentina tenía 1.736.490 habitantes, en 1895 el segundo censo registró 3.956.060 y alcanzó la cifra de 7.885.237 pobladores en 1914 con su tercer censo. El aumento registrado en Buenos Aires fue de 181.838 habitantes en 1869 a 1.575.814 en 1914. Los censos a los que se ha hecho referencia son *Primer Censo de la República Argentina*, 1869, Buenos Aires, Imprenta el Porvenir, 1872. *Segundo Censo de la República Argentina*, 1895, Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 1898. *Tercer Censo Nacional*, 1914, Buenos Aires, Talleres Gráficos de Rosso y Cia, 1916.
2. CAPONI, Sandra. *Trópicos, microbios y vectores en Historia Ciencias Saúde*. Manginhos, v. 9, Fundación Oswaldo Cruz, 2002. p. 117.
3. GONZALEZ LEANDRI, Ricardo. *Curar, persuadir, gobernar*. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires: 1852-1886, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1999. p. 66.
4. BESIO MORENO, N. *Buenos Aires: estudio crítico de su población (1536-1936)*. Buenos Aires: Librería Panamericana, p. 151 También se consultó:

- BESIO MORENO, N. "Historia de las epidemias de Buenos Aires", 1940, en *Publicaciones de Cátedra de Historia de la Medicina*, Buenos Aires, 1936.
5. Eran las Juntas Sanitarias quienes luego de evaluar las condiciones higiénicas de un buque podían en caso de ser necesario expedir una patente sucia.
 6. "La Defensa de la Argentina contra el cólera y la Fiebre Amarilla", 1894 en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Buenos Aires, n. 23 y 24, p. 648.
 7. MALLO, Pedro; WILDE, Eduardo. "Informe sobre sanidad marítima". Buenos Aires: 30 de Mayo. In: WILDE, Eduardo. 1939, *Obras Completas*, Buenos Aires, v. 6, p. 42, 1870.
 8. CASTILLO, Santos. "Martín García: Isla histórica". *Revista Geográfica Americana*, Año VI, n. 66, Buenos Aires, p.184, 1939.
 9. Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación. 1884, Tomo 1, Buenos Aires: Imprenta Stillar, p. 569.
 10. MALLO, Pedro y WILDE, Eduardo. "Informe sobre sanidad marítima", 1870. Informe elevado a Capitán del puerto central coronel D. J. M. Bustillo, presidente de la Junta de Sanidad. In: WILDE, Eduardo. *Obras Completas*. Cosas viejas y menos viejas, sobre "Medicina higiene y obras de salubridad". v. VI. p. 30 a 41. Una versión completa de las Memorias de la Junta de Sanidad del puerto central correspondiente a 1871, se pueden encontrar en: RUIZ MORENO, Leandro. 1949. *La peste histórica de 1871: Fiebre amarilla en Buenos Aires y Corrientes*. Ed. Nueva Impresora, Paraná, p.140 y sigs.
 11. NOVARRO, Bartolomé. "Lazaretos y hospitales de aislamientos". *Anales del Círculo Médico Argentino*, 1887, Tomo X, Año X, n. 5, p. 174.
 12. Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación. 1884, Tomo 1, Buenos Aires: Imprenta Stillar, p. 563.
 13. Idem, p. 653.
 14. OBREGÓN, Diana. "Lepra exageración y autoridad médica" en *Asclepio Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 1998, v. L, Fasc. 2. p. 134.
 15. Nos referimos al brote colérico de 1886 que provocó 562 defunciones (ver cuadro n. 2).
 16. Memorias de los Ministerios de Guerra y Marina. Buenos Aires, Tomos 1880 a 1886.
 17. Los deberes y atribuciones constan en el art.4 del Decreto que reglamentaba esta ley, el que se encuentra reproducido en PENNA, José; MADERO, Horacio.

La administración sanitaria y la asistencia pública de la Ciudad de Buenos Aires, 1910, Tomo 1, Buenos Aires: Kraft, p. 31 y sigs.

18. La mencionada Ley fue aprobada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, el 7 de agosto de 1884. *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, 1884, Tomo 1, Buenos Aires: Imprenta Stiller, p. 563 y sig.
19. GACHE, Samuel. "Lazaretos Argentinos", en *Anales del Círculo Médico Argentino*, 1885, Tomo VIII, n. 1, p. 35.
20. *Diario de Sesiones*, 1884 op. cit., p. 565.
21. NOVARRO, Bartolomé. "Lazaretos y hospitales de aislamiento", en *Anales del Círculo Médico Argentino*, 1887, p. 173.
22. La isla fue descubierta en febrero de 1516 por el español Juan Díaz de Solís. Al encontrarse que sus aguas eran marrones, lo llamó Mar Dulce y estando en el mismo, se le informó del fallecimiento de su despensero, Martín García, y a ello debe su nombre.
23. "El lazareto Martín García, se crea en 1886 y fue erigido en virtud de las necesidades que surgieron con la invasión del cólera". Archivo General de la Nación (en adelante AGN). Expediente n. 6722, Buenos Aires: Ministerio del Interior, 1887.
24. GACHE, Samuel, 1885. "Lazaretos Argentinos", op. cit., p. 37.
25. Nota enviada por la Junta de Central de Lazaretos al Ministro de Relaciones Exteriores Dr. Norberto L. Costa, Buenos Aires: Ministerio del Interior. 17 de Enero de 1887. AGN, Expediente n. 6842, folio 74.
26. AGN, Expediente n. 6858, n. 115.
27. La descripción fue extraída de la nota enviada al director general de lazaretos, Dr. Lucilo del Castillo. Buenos Aires: Ministerio del Interior. 27 de Febrero de 1887, AGN, Expediente n. 6849.
28. Contaba con dos hornos de cremación, aunque el más antiguo había sido clausurado, para esta época. El segundo permitía hacer el trabajo con mayor economía de combustible y de tiempo y la operación podía ser vista a través de una puerta de amianto. AGN, Expediente n. 6851, op. cit., p. 30.
29. "Dicho personal fue el que atendió a los cuarentenarios durante la epidemia de cólera de 1886". Información extraída de la nota enviada al Director General de Lazaretos, Dr. Lucilo del Castillo. AGN, Expediente n. 6851, op. cit., p. 30.
30. Dirección de Lazaretos Nacionales, Febrero de 1888, AGN, Expediente n. 6856.
31. Sobre la creación del lazareto en Martín García puede verse: WILDE, Eduardo. Informe sobre la sanidad marítima, Buenos Aires, 30 de Mayo de 1870 en

- “Cosas Viejas y Cosas menos viejas”, en *Obras Completas*, v. VI, p. 29 y sig. También se rescata el accionar de la isla Martín García en los siguientes documentos: Legajos del Ministerio del Interior, Departamento de Obras Públicas. Archivo General de la Nación. Año 1887. Legajos: 30-6871/30-6849/30-6867.
32. Proyecto presentado por José María Ramos Mejía, en 1893. Reproducido en *Anales de Higiene Pública y Medicina Legal*, Buenos Aires, Marzo de 1893, Año II, n. 1, p. 293 a 295.
 33. “Reglamento Sanitario Marítimo de la República Argentina” en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Buenos Aires: Imprenta Berra, 1895, Año n. 1, p. 351 y 355.
 34. “Reglamento Sanitario Marítimo de la República Argentina”, op. cit., p. 355.
 35. Archivo General de la Nación. Legajos del Ministerio del Interior. Departamento de Obras Públicas. Legajo 30- 6867 (21/1/1887).
 36. RAMOS MEJÍA, José María. “La defensa de la Argentina contra el cólera y la fiebre amarilla” en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, 1894, Año IV, n. 23 y 24, p. 659.
 37. ACEVEDO, W (Director General de Martín García). “Los servicios del Departamento Nacional de Higiene. Organización del Lazareto Martín García” en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, Año IV, n. 2, p. 33.
 38. Idem. “Los servicios del Departamento Nacional de Higiene”, 1894, op. cit., p. 34.
 39. Idem. “Los servicios del Departamento Nacional de Higiene”, 1894, op. cit., p. 34.
 40. Idem. “Los servicios del Departamento Nacional de Higiene”, 1894, op. cit., p. 36.
 41. Idem. “Los servicios del Departamento Nacional de Higiene”, 1894, op. cit., p. 37.
 42. Idem. “Los servicios del Departamento Nacional de Higiene”, 1894, op. cit., p. 38.
 43. Idem. “Los servicios del Departamento Nacional de Higiene”, 1894, op. cit., p. 38.
 44. Idem. “Los servicios del Departamento Nacional de Higiene”, 1894, op. cit., p. 41.
 45. Francia, ocultó una epidemia de cólera que en 1896 atacó duramente sus provincias meridionales, sin que se declarase a estas como “foco epidémico”.

Esta epidemia fue conocida después de su desaparición, por un acto puramente administrativo: la condecoración de médicos que prestaron sus respectivos servicios profesionales. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1897, Buenos Aires, p. 314.

46. Idem, p. 329.
47. CAPONI, Sandra, 2002, op. cit., p. 125 y 126.
48. OTERO, Francisco. "Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la fiebre amarilla en relación con su patogenia", en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1894, Buenos Aires, Agosto, n. 30, Año IV, p. 897 a 904.
49. OTERO, Pedro. "Estudio clínico terapéutico de la fiebre amarilla en el Hospital Flotante Rodolfo Del Viso", en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1894, Buenos Aires, Año IV, n. 35. OTERO, Francisco. "Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la fiebre amarilla en relación con su patogenia", en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, Agosto, n. 30, Año IV, p. 897 a 904.
50. OTERO, Pedro. "Estudio clínico terapéutico de la fiebre amarilla en el hospital Flotante...", op. cit., p. 898.
51. OTERO, Pedro. "Estudio clínico terapéutico de la fiebre amarilla en el Hospital Flotante Rodolfo Del Viso", en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1894, Año IV, n. 35, Buenos Aires. p. 998. Las autopsias formaron parte insustituible de la observación. En las historias clínicas presentadas puede leerse: " Todos los órganos interiores estaban infiltrados por un líquido amarillo....En los pulmones y vértigos congestionados sin exudados en la cavidad pleural: tráquea y bronquios congestionados y con líquido espumoso. etc.En el estómago había gases y un líquido negro que manchaba las manos. etc., se pone el estado y características del duodeno, estómago, hígado, vesícula biliar, riñón..."
52. Idem, p. 900.
53. DELAPORTE, Francois. *Historia de la fiebre Amarilla*. Ciudad de Mexico (DF): Universidad Nacional Autónoma de México, 1989. p. 73.
54. CUETO, Marcos. "Sanidad desde arriba: La fiebre Amarilla, la Costa Norte y Fundación Rockefeller", en CUETO, Marcos. *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. op. cit., p. 63 y 64.
55. OTERO, Francisco. "Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la fiebre amarilla en relación con su patogenia", en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1894, Buenos Aires, Agosto, n. 30, Año IV, p. 897 a 904.

56. Frente al desarrollo de la Fiebre Amarilla en el puerto de Santos, Brasil, el gobierno en 1891, mediante el Departamento Nacional de Higiene decretó que “único puerto hábil para recibir buques procedentes de Brasil, era el de la Capital, donde se procedería a una rigurosa medida de inspección”. Ministerio del Interior. *Archivo General de la Nación*, 1891, Leg. 18.
57. Sobre el tema recomendamos consultar ESCOBAR, Arturo. *Encountering Development: The Making and Unmaking of The Tirad World*. Princeton: Princeton University Press, 1995.
58. Sobre este punto se puede consultar ALVAREZ, Adriana, 2004. “El reinado y el control de las endemias en la ciudad de Buenos Aires de fines del Siglo XIX y principios del XX.” En ALVAREZ, Adriana; REYNOSO, Daniel; MOLINARI, Irene. *Historias de salud y enfermedad, en la Argentina de los siglos XIX y XX*. Buenos Aires: Ed. HISA, 2004.