

Kepelusz-Poppi, Ana María

José Penna y Salvador Mazza en tiempos del cólera. Salud, inmigración y legitimidad política en la Argentina de 1910

Temas de historia argentina y americana N° 19, 2011

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Kepelusz-Poppi, Ana María. "José Penna y Salvador Mazza en tiempos del cólera : salud, inmigración y legitimidad política en la Argentina de 1910" [en línea], *Temas de historia argentina y americana* 19 (2011). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/jose-penna-salvador-mazza-tiempos.pdf> [Fecha de consulta:.....]

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

José Penna y Salvador Mazza en tiempos del cólera. Salud, inmigración y legitimidad política en la Argentina de 1910

ANA MARÍA KEPELUSZ - POPPI
Universidad de Wisconsin
kapelusz@uwosh.edu

RESUMEN

Este artículo estudia las teorías sobre el origen, contagio y control del cólera en el siglo XIX, los intentos de las autoridades de la Argentina por contrarrestar estas epidemias y por último, la campaña anticólerica de 1910. Hasta ese momento, las medidas preventivas habían priorizado la vigilancia, desinfección y aislamiento de viviendas, objetos y personas infectadas. Pero el reciente descubrimiento de la transmisión del cólera por individuos asintomáticos hizo que en 1910 el Departamento Nacional de Higiene (DNH) impusiese un sistema de análisis bacteriológico obligatorio. En particular, el artículo examina las ideas y actividades de José Penna, quien en 1910 se desempeñaba como director del DGN y de Salvador Mazza. Un médico recién recibido, este último estuvo a cargo del laboratorio bacteriológico del lazareto de Martín García donde se sometía a estudio a todos los pasajeros de tercera clase provenientes de zonas infectadas de cólera. El DNH presentó la campaña anticólerica de 1910 como resultado de la experiencia acumulada durante el siglo XIX, del progreso científico y administrativo de la Argentina y de los esfuerzos de las autoridades por proteger a la nación. En un momento en que la elite argentina luchaba para mantener su dominio, tanto reprimiendo como buscando co-optar a la oposición, las cuestiones de salud pública constituyeron un elemento importante de la retórica política.

PALABRAS CLAVES

Cólera morbus en Argentina - Departamento Nacional de Higiene - Epidemia de cólera a bordo del *Araguaya* - José Penna - Lazareto de Angra

dos Reis - Lazareto de Martín García - Lazaretos en Argentina - Luis Agote - Portadores asintomáticos de cólera - Salvador Mazza.

ABSTRACT

This article examines the theories about the origin, contagion, and prevention of cholera in the nineteenth century; the policies instituted by Argentinean authorities and medical doctors to dominate these epidemics; and the anti-cholera campaign of 1910. Until then, prevention of cholera relied on the surveillance, disinfection, and isolation of infected homes, objects, and people. But 1910, however, the discovery of the transmission of cholera by healthy carriers led the Departamento Nacional de Higiene (DNH) to impose a new system of mandatory bacteriological analysis. The article looks in particular at the ideas and activities of José Penna, the head of the DNH and of Salvador Mazza, a recently graduated physician who was in charge of the bacteriological laboratory at the lazaretto of Martín García. All third-class passengers arriving from infected ports were subjected to bacteriological analysis at this station. The DNH presented the anti-cholera campaign of 1910 as the result of the experience gathered during the nineteenth century, Argentina's scientific and administrative progress, and the authorities' commitment to protect the nation. At a time when the Argentinean elite was struggling to retain its dominion by repressing and co-opting the opposition, public health issues became a key part of their political rhetoric.

KEY WORDS

Cholera epidemic on the *Araguaya* - Cólera morbus in Argentina - Departamento Nacional de Higiene - Healthy carriers of cholera - José Penna - Lazaretto of Angra dos Reis - Lazaretto of Martín García - Lazarettos in Argentina - Luis Agote - Salvador Mazza.

INTRODUCCIÓN

El 12 de octubre de 1910 Manuel Quintana transmitía la presidencia de la República Argentina a Roque Sáenz Peña. Dos años más tarde el Congreso Nacional aprobaba la ley del sufragio universal masculino y secreto, buscando así poner fin al fraude electoral y al clientelismo político. A través de esta reforma, una parte de la elite procuraba legitimizar su hegemonía

política y afianzar el modelo económico dominante. El proyecto reformista, sin embargo, no se basaba únicamente en la extensión de los derechos ciudadanos a grupos hasta entonces excluidos del sistema político, o carentes de representatividad genuina. En efecto, no se buscó la completa democratización del juego político ni tampoco se evitó recurrir a la exclusión y la represión de grupos e individuos percibidos como una amenaza para la seguridad y el bienestar general.

El crecimiento económico del país estaba basado, fundamentalmente, en la exportación de productos agrícola-ganaderos. Vinculado a la construcción de ferrocarriles, al fomento de la inmigración y a la educación pública, el desarrollo agro-exportador promovió también la diversificación de las actividades productivas y de la estructura social. Estos cambios, sin embargo, no se desarrollaron sin dificultades. Los traumas generados por la modernización se concentraron frecuentemente en las áreas urbanas donde los grupos dirigentes no lograban ganar la adhesión de las clases medias y de los trabajadores, que crecían en número y visibilidad. Rebeliones armadas, demostraciones, huelgas y atentados eran parte de los dolores asociados a un crecimiento cuyos frutos no alcanzaban a todas las regiones o habitantes de la Argentina por igual. La ausencia de acuerdo y cohesión se manifestaba también a través de la oposición de los anarquistas, los programas para el cambio social propulsado por los socialistas y la abstención electoral de los radicales¹.

¹ PAULA ALONSO, “La Unión Cívica Radical: fundación, oposición y triunfo (1890-1916)” en: MIRTA Z. LOBATO (Dir.) *El progreso*, Buenos Aires, Sudamericana, 2010, pp. 209-259. MIGUEL ÁNGEL CÁRCANO, “Ensayo histórico sobre la presidencia de Roque Sáenz Peña” en: RICARDO LEVENE, *Historia Argentina Contemporánea (1862-1930)*, vol. 1, 2ª parte, Buenos Aires, El Ateneo, 1964, pp. 135-165. ROBERTO CORTES CONDE, “Auge de la economía exportadora y vicisitudes del régimen conservador (1890-1916)”, en: E. GALLO y R. CORTES CONDE, *La república conservadora*, Buenos Aires, Paidós, 1972, pp. 224-226. MIRTA Z. LOBATO, “Estado, gobierno y política en el régimen conservador” en: MIRTA Z. LOBATO (Dir.), *El progreso, la modernización y sus límites*, Buenos Aires, Sudamericana, 2010, pp. 183-204. CARLOS MELO, “Presidencia de José Figueroa Alcorta. (Marzo 12 de 1906 – octubre 12 de 1910)” en: RICARDO LEVENE, *Historia Argentina Contemporánea (1862-1930)*, vol. 1, 2ª parte, Buenos Aires, El Ateneo, 1964, pp. 128-130. ANDRÉS REGALSKY y ELENA SALERNO, “En los comienzos de la empresa pública argentina: la Administración de los Ferrocarriles del Estado y las Obras Sanitarias de la Nación antes de 1930”, en: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO (Argentina), *Investigaciones de Historia Económica*, Nº 11, 2008, pp. 109-111. JUAN SURIANO, “El anarquismo”, en: MIRTA Z. LOBATO (Dir.), *El progreso, op.cit.*, pp. 291-325.

En muchas ocasiones los problemas fueron percibidos como provenientes del exterior. La inmigración había sido promovida desde el último tercio del siglo XIX con la esperanza de fomentar un crecimiento demográfico robustecedor. Pero para comienzos del siglo XX se reconocía que el proceso creaba nuevos desafíos. Por una parte se veía a las masas de recién llegados como fuente de nuevos peligros. Entre ellos se contaban la diversidad étnica y religiosa así como ideologías políticas que desafiaban al orden tradicional². También surgieron serios problemas de vivienda y salud pública. Observadores y políticos eran conscientes de que el vigor y velocidad del crecimiento urbano eran en gran medida, la causa de estas deficiencias. Pero esto no impidió que estos problemas fuesen atribuidos también a los hábitos de vida de los extranjeros, en especial de los provenientes de regiones del sur y este de Europa³.

La reforma electoral promovida por Roque Sáenz Peña y sus partidarios buscaba la armonía social y el ordenamiento político. Es cierto que la transparencia electoral no se impuso efectivamente y la marginalización social no desapareció. No obstante, la ley de 1912 contribuyó a la transformación de las formas de participación política, la percepción de los derechos ciudadanos y de los deberes del estado. La búsqueda de la legitimidad política, por otra parte, no descansaba únicamente en esfuerzos de cooptación o en el uso de la violencia. Cuestiones referidas al conocimiento y específicamente a la salud pública fueron, asimismo, parte del proceso de consolidación nacional⁴.

Fiel a las ideas del positivismo finisecular, el pequeño grupo de gober-

² MARÍA S. DI LISCIA, “Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940)” en: *International Congress Latin American Studies Association*, 2009. MIRTA Z. LOBATO, “El orden conservador” en: MIRTA Z. LOBATO (Dir.), *El progreso, la modernización y sus límites*, t. V, Buenos Aires, Sudamericana, 2000, pp. 179-208. KRISTIN RUGGIERO, *Modernity in the Flesh. Medicine, Law and Society in turn-of-the century Argentina*, Stanford University Press, 2004, pp. 34-35. JUAN SURIANO, “La oposición anarquista a la intervención estatal en las relaciones laborales” en: JUAN SURIANO, (Comp.) *La cuestión social en la Argentina, 1870-1943*, Buenos Aires, La Colmena, 2000, pp. 89-110.

³ DIEGO ARMUS, *La ciudad impura*, Buenos Aires, Edhasa, 2007. Ver especialmente el capítulo I, “Tuberculosis y regeneración: ciudades imaginadas, verde urbano y vivienda higiénica”. ROBERTO CORTES CONDE, “Auge de la economía exportadora”, *op.cit.*, pp. 99-116, y 133-136. DI LISCIA, *op. cit.* MIRTA Z. LOBATO, “Estado, gobierno y política”, *op.cit.*, pp. 183-204. CARLOS MELO, *op.cit.*, pp. 121-130. KRISTIN RUGGIERO, *op.cit.*, pp. 97-99.

⁴ MIGUEL ÁNGEL CÁRCANO, *op.cit.*, p. 165. MIRTA Z. LOBATO, “Estado, gobierno y política”, *op.cit.*, p. 204.

nantes y pensadores en el poder creía que las complejidades de la sociedad contemporánea debían encararse mediante el análisis lógico y el estudio de la evidencia empírica⁵. En 1910 uno de los miembros del consejo directivo del Departamento Nacional de Higiene (DNH), el químico Pedro Arata subrayaba la importancia de la ciencia para el desarrollo de la nación y de sus ciudadanos.

Los descubrimientos científicos han desencadenado hoy la pasión por la investigación que sustenta y afecta en sentido favorable los intereses materiales... En agricultura, comercio, industria, dará la ciencia las armas para vencer en la lucha por la existencia (...) sosteniendo las fuerzas del hombre, conservándolas y acrecentándolas por medios antes ni soñados⁶.

La fe en la ciencia y la tecnología también justificaba la importancia que los expertos fueron ganando en el manejo de la cosa pública. Desde las últimas décadas del siglo XIX la necesidad de la intervención de los profesionales en el desarrollo de las políticas de estado había sido sostenida con especial firmeza por los higienistas. Las disrupciones generadas por la urbanización, la inmigración y la incipiente industrialización, habían contribuido al crecimiento de influencia y prestigio del que disfrutaban estos médicos, muchos de los cuales eran también importantes pensadores y hombres de estado. Simultáneamente, epidemias de naturaleza e intensidad desconocidas hasta entonces, dieron nueva importancia a los temas relacionados con la salud colectiva. Se trataba de un proceso cultural que tuvo importantes connotaciones políticas⁷.

⁵ JONATHAN D. ABLARD, *Madness in Buenos Aires*, Ohio University Press and University of Calgary Press, 2008, pp. 27-34. ADRIANA ÁLVAREZ, “De la higiene pública a la higiene social en Buenos Aires”, en: *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, N° 10, año 2007, p. 8. JULIA RODRIGUEZ, *Civilizing Argentina. Science, Medicine and the Modern State*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2006, pp. 11-28. KRISTIN RUGGIERO, *op.cit.*, pp. 10-12. OSCAR TERÁN, “El pensamiento finisecular” en: MIRTA Z. LOBATO (Dir.) *op.cit.*, pp. 327-363.

⁶ Homenaje al Doctor Arata ”*Revista del ‘Círculo Médico Argentino’ y ‘Centro Estudiantes de Medicina’*”, Buenos Aires, Año XII, N° 120, mayo de 1912, p. 424. Sobre Pedro Arata, ver NORMA I. SÁNCHEZ, *La higiene y los higienistas*, Buenos Aires, Sociedad Científica Argentina, 2007, p. 478.

⁷ DIEGO ARMUS, “El descubrimiento de la enfermedad como problema social” en: MIRTA Z. LOBATO (Dir.), *El progreso*, *op.cit.*, pp. 509-550. MARÍA S. DI LISCIA, “Marcados en la piel: vacunación y viruela en Argentina (1870-1910)” en: *Ciencia e Saude Coletiva*, N° 16

El pánico generalizado que el cólera, la fiebre amarilla y la peste bubónica despertaban y el acuerdo sobre la eficacia de la ciencia moderna —especialmente de la bacteriología— otorgaron creciente relevancia a las agencias y a los funcionarios encargados de diseñar e implementar las medidas sanitarias, afianzando al mismo tiempo la necesidad de la intervención estatal. Así la salud pública se convirtió en “un derecho de los pueblos y un deber y una responsabilidad del Estado”⁸. En tanto cumplían con su deber, las autoridades reivindicaban la habilidad de aplicar las medidas anti-epidémicas con todo el rigor que las circunstancias requiriesen. El cuidado de la salubridad, que llevó a la imposición de medidas coercitivas, también comenzó a ser planteado como parte de las garantías que el Estado ofrecía a la población. Se trataba de un “proyecto sanitario autoritario”, pero al describirlo en términos de los atributos propios de la ciudadanía, los higienistas hicieron de la salud un espacio de consenso político e ideológico⁹.

Las epidemias de cólera sufridas por la Argentina desde mediados del siglo XIX contribuyeron a la legitimización de la intervención sanitaria estatal. Junto con la fiebre amarilla y la peste, las invasiones de este mal despertaron la necesidad del auxilio de médicos y farmacéuticos así como de nuevas especialidades, en particular la epidemiología y más tarde, la bacteriología. Asimismo, la urgencia por coordinar el accionar de las autoridades y los profesionales promovió el desarrollo de nuevas agencias estatales como el Departamento Nacional de Higiene, la Dirección General de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires y los Consejos de Higiene en las ciudades provinciales. Finalmente, las luchas anti-epidémicas ofrecieron un nuevo campo para la investigación y experimentación médicas, promoviendo no sólo al avance científico del país, sino también el prestigio de sus académicos.

(2011), pp. 259-265. DIEGO GALEANO, “Mens Sana in Corpore Sano: José Ramos Mejía y la medicalización de la sociedad argentina, en: *Salud Colectiva*, vol. 3, N° 2, mayo-agosto, pp. 134-144. RICARDO GONZÁLEZ LEANDRI, “El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900”, Madrid, *Anuario de Estudios Americanos*: tomo LXI, 2, 2004, pp. 571-592. RICARDO GONZÁLEZ LEANDRI, *Curar, persuadir y gobernar*. Madrid: CSIC, 1999, pp. 65-69.

⁸ MARCOS CUETO, *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2004, p. 3.

⁹ DIEGO ARMUS, *op.cit.*, pp. 541-547.

El mismo día en que Roque Sáenz Peña asumía el poder presidencial, los argentinos se enteraban que el cólera amenazaba al Brasil. El peligro epidémico había llegado al país vecino a bordo del *Araguaya*, un vapor proveniente de Inglaterra y Francia y en el que viajaban numerosos inmigrantes con destino a Buenos Aires. La noticia de que por los menos cuatro pasajeros habían muerto víctimas de este mal durante el trayecto transatlántico despertó gran ansiedad¹⁰. Sin embargo, los funcionarios sanitarios argentinos estaban preparados para esta eventualidad y lograron evitar la dispersión de la enfermedad. Al presentar el éxito como resultado del progreso del país el DNH –la agencia a cargo del control de la salud pública- servía al proyecto de búsqueda de legitimidad y solidez política de los reformistas de 1910.

Presidido por José Penna (1855-1919) el DNH, presentó la campaña anticólera como un esfuerzo por el bien común. Y si bien recurrió a las medidas sanitarias de control, desinfección y aislamiento habituales, también introdujo nuevas estrategias preventivas. Para 1910 se sabía que individuos sanos podían transmitir el cólera y en consecuencia, se procuró detener el mal mediante el análisis bacteriológico de todos los viajeros considerados peligrosos.

En Buenos Aires, algunos políticos y profesionales criticaron estas medidas como violaciones a los derechos de las personas sanas, interpelando incluso al Ministro del Interior –Indalecio Gómez - sobre el tema. Un año más tarde estas técnicas fueron discutidas enérgicamente por la XII Conferencia Sanitaria Internacional, que se reunió en París entre noviembre de 1911 y enero de 1912. Mientras algunos participantes consideraron a los resultados de este tipo de análisis irrelevantes, otros se opusieron a la prolongada detención de los navíos y sus pasajeros. Pero en Argentina, y en la seguridad de que gozaba del apoyo de gran parte de los políticos y del público, el DNH continuó utilizando el sistema hasta 1912. Los temores que las masas de inmigrantes generaban hizo que el estudio bacteriológico se impusiese a los viajeros de la tercera clase de los barcos. Pero José Penna iba más allá al subrayar la necesidad de contrarrestar los egoístas intereses comerciales de las compañías navieras internacionales. En este sentido, el director del DNH presentó a la campaña anticólera no sólo como un es-

¹⁰ *Correio da Manhã*, Río de Janeiro, 12 de octubre de 1910.

fuerzo de protección sanitaria sino también de amplia defensa nacional¹¹.

Los directivos del DNH eran hombres con larga experiencia en actividades anti-epidémicas. Pero el organismo también estaba integrado por profesionales jóvenes que, tal como Salvador Mazza (1886-1946), habían estudiado los recientes hallazgos científicos europeos y estaban ansiosos por aplicarlos en la vida real. Como símbolo y vehículo del proyecto de los reformistas políticos de 1910, el DNH desplegaba con orgullo los avances científicos y administrativos del país y prometía distribuirlos de modo de garantizar el bien común. Es cierto que Penna reconocía las múltiples y severas carencias sanitarias del país. No obstante, también es cierto que el DNH contaba con los recursos materiales y burocráticos necesarios y un músculo político relativamente fuerte¹². En síntesis, el DNH utilizó los bienes materiales, políticos y culturales de que disponía de manera ecuánime y racional; su objetivo era prevenir la epidemia y fortalecer el consenso en torno al discurso sanitarista.

EL ORIGEN, CONTAGIO Y CONTROL DEL CÓLERA EN EL SIGLO XIX

El cólera morbus apareció en Europa por primera vez en 1817 cuando, procedente de la India, se extendió hacia el Oeste, llegando doce años más tarde al sur de Rusia y luego a Europa Occidental, Norteamérica y México. Poco después aparecía en las Antillas y el Brasil¹³. Asociado con los cam-

¹¹ GERMÁN ANSCHÜTZ, “Lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas”, Buenos Aires, *Anales del DNH*, Vol. XIX, Nº 1, enero-febrero 1912, pp. 5-19. ANTONIO BARBIERI, “Propósitos”, en: *Anales del DNH*, Vol. XVIII, Nº 1, enero-febrero 1911, p. 6. NORMAN HOWARD-JONES, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences (1851-1938)* Geneva, World Health Organization, 1975, pp. 91-92. Sobre José Penna ver JUAN CARLOS VERONELLY y MAGALÍ VERONELLI CORRECH, *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*, t. 2, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 2004, pp. 361-370

¹² NORMAN HOWARD-JONES, *op.cit.*, p. 9. S.J. WATTS, “From Rapid Change to Stasis: Official Responses to Cholera in British-Ruled India and Egypt: 1860 to c. 1921” en: *Journal of World History*, Vol. 12, Nº 2, 2001, pp. 345-346.

¹³ ABEL AGÜERO, “Prólogo” en: NORMA I. SÁNCHEZ, *op.cit.*, p. 22. CHARLES ROSENBERG, *The Cholera Years. The United States in 1832, 1849 and 1866*. The University of Chicago Press, 1962, p. 1-4. N. J. HAY, *Burdens of Disease, Epidemics and Human Response in Western History* (Revised Edition) Rutgers University Press, 2009, pp. 135-137. B. CVEJETANOVIC, “Cholera as an International Problem”, en: WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Principles and*

bios introducidos por la Revolución Industrial, su expansión fue facilitada por los ferrocarriles y los buques de vapor. Las principales epidemias se produjeron en 1848-49, 1853-54, a mediados de los sesenta y durante los primeros años de los setenta. Hubo otras explosiones en los ochenta, los noventa y en la primer década del siglo XX. Aunque mucho más acotada geográficamente la de 1911, produjo innumerables muertes en Nápoles¹⁴.

Lo súbito del ataque colérico, la agresividad de síntomas que deshidrataban y consumían al individuo en unas pocas horas y la rapidez y frecuencia con que se producía la muerte (que podía alcanzar hasta al 50 por ciento de los afectados) hicieron que legos y expertos lo percibiesen como uno de los peores flagelos sufridos por la humanidad. La ignorancia que rodeaba a su origen y naturaleza aumentaba la sensación de impotencia y el caos que estos brotes producían. No había fórmulas certeras para detener sus efectos y los mecanismos para aliviarlos eran imprecisos, ineficientes y despertaban poca confianza¹⁵. Los médicos, por su parte, también parecen haber mostrado poco interés en auxiliar a las víctimas. En la Argentina, por ejemplo, en 1867, el Consejo de Higiene aconsejaba persistir en el uso de los medicamentos recomendados por los médicos al tiempo que establecía una multa elevada para aquellos profesionales que se negasen a atender adecuadamente a la población. Estas medidas, explicaba Penna, no eran suficientes y aún años más tarde, en 1886, la rapidez y número de las muertes hacían que el terror cundiese “si era posible, con más rapidez que la causa que lo infundía”¹⁶.

Dos teorías opuestas trataban de explicar la génesis y transmisión del cólera: la contagionista y la anti-contagionistas. Ninguno de estos sistemas interpretativos era completamente coherente pero en general, la primera sostenía que personas u objetos contaminados podían comunicar el mal; la segunda, por el contrario, afirmaba que los síntomas eran producto de des-

Practice of Cholera Control, Geneva: World Health Organization, 1970, p. 9.

¹⁴ N. J. HAY, *op.cit.*, pp. 136-137.

¹⁵ El Consejo de Higiene Pública al Sr. Presidente de la Municipalidad de Buenos Aires, 12 de abril de 1867, en: *Revista Médico Quirúrgica*, Año 4, N° 2, p. 18. JOSÉ PENNA, *El cólera en la República Argentina*, Buenos Aires, Jacobo Peuser, 1897, p. 288.

¹⁶ RICHARD EVANS, *Death in Hamburg, Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910*. Oxford: Clarendon Press, 1987, pp. 267-268. GEORGE ROSEN, *A History of Public Health*, Baltimore and London, The John Hopkins University Press, 1993, pp. 263-266.

equilibrios en los humores individuales. Muchos explicaban estos desequilibrios como de origen espontáneo mientras que otros insistían en que se debían a la influencia de los miasmas, emanaciones de la tierra favorecidas por fenómenos climáticos. Las discrepancias no se limitaban al origen de la enfermedad sino que alcanzaban también a las medidas que debían adoptarse para contrarrestar su ataque. De hecho, si las teorías eran ambiguas, las diferencias eran muy claras a la hora de discutir las medidas de control. Para los contagionistas, las cuarentenas constituían el principal medio para contrarrestar las epidemias pero sus oponentes consideraban que ellas no eran sólo inútiles sino un derroche de recursos y una muestra de despotismo. Según los anti-contagionistas las epidemias sólo podían ser contrarrestadas mediante la higiene y la purificación del medio ambiente¹⁷. De hecho, estos esfuerzos no fueron vanos ya que contribuyeron al desarrollo del higienismo al insistir en la implementación de las medidas tradicionales de policía urbana a las que ahora se agregó un nuevo interés en obras de ingeniería sanitaria. Como lo explica George Rosen: “Frecuentemente, los desarrollos históricos no son enteramente blancos o negros e ideas equivocadas pueden ser utilizadas creativamente”¹⁸.

En la década de los cuarenta y comienzos de la del cincuenta el médico inglés John Snow demostró que el agua contaminada con deposiciones humanas transmitía la enfermedad. Hacia la misma época, en 1854, un médico de la Universidad de Florencia, Filippo Pacini, identificó al vibrión colérico. Sin embargo, los debates académicos sobre el cólera continuaron durante otros cuarenta años. Finalmente, en 1883 el hallazgo del “Kommabacillen” o vibrión colérico por Roberto Koch mostró la importancia de este microorganismo en la transmisión del mal.

Hacia mediados del siglo XIX también existía evidencia de que el cólera acompañaba a las grandes multitudes y por ello diplomáticos y expertos procuraron establecer acuerdos internacionales que, mediante cuarentenas y cordones sanitarios, detuviesen no sólo al cólera, a la peste y a la fiebre amarilla. En 1865 y ante la expansión de un nuevo brote de cólera desde Oriente, una conferencia sanitaria internacional reunida en Constantinopla reconoció

¹⁷ DIEGO ARMUS, *op.cit.*, pp. 513-514 y pp. 520-523. RICHARD EVANS, *op.cit.*, pp. 267-268. DIEGO GALEANO, *op.cit.*, p. 137. N. J. HAY, *op.cit.*, p. 144. GEORGE ROSEN, *op.cit.*, p. 81. (Traducción de la autora) S.J. WATTS, *op.cit.*, pp. 326 y 345-346.

¹⁸ MARCOS CUETO, *op.cit.*, p. 7.

que esta enfermedad era producida por un principio venenoso transportado, tal como lo había sostenido Snow, por los seres humanos. También se aceptó que bastaba una sola persona infectada para desatar un brote generalizado y que por lo tanto, el aislacionismo era la única estrategia defensiva efectiva¹⁹. Penna resumía así la importancia que tenían las medidas de aislamiento sanitario internacional:

En las regiones donde las medidas prescriptas se han cumplió el cólera no ha penetrado. Pero [en] Egipto [sin protección] el cólera apareció en Damietta el 24 de junio de 1883 produciendo en dos meses más de 25.000 víctimas; de allí se extendió a Mansourah, Ghiseh, Boulack, etc., luego al Cairo, Alejandría y el Egipto entero (...)²⁰.

La evidencia empírica no fue suficiente para que los controles sanitarios internacionales fuesen aceptados o implementados sin resistencia. Para los políticos y pensadores liberales las cuarentenas y cordones sanitarios representaban un avasallamiento de los derechos individuales. Para muchos, además, la inspección, detención y fumigación de la gente y mercadería a bordo de barcos presuntamente infectados obstaculizaba el libre comercio y por tanto, también el progreso material. Pero quizás el argumento más fuerte provino de la defensa del comercio internacional. Los británicos trataron darle a este tipo de razonamiento un giro científico pero no lograron, no obstante, convencer a la mayoría de los observadores. Penna resumía una opinión extendida entre los defensores de las medidas sanitarias estrictas²¹.

Los ingleses, establecidos en la India han imaginado, como dice el [representante francés Dr. Proust] una doctrina cómoda para evitar para los navíos que parten de ese país –donde el cólera es endémico-, los inconvenientes de una cuarentena en Suez. Esta consiste en considerar peligrosos los focos endémicos sólo cuando se vuelven epidémicos, razón por la cual sus procedencias siempre vienen con patente limpia... pero también con una epidemia perfectamente desarrollada... Esta falta, sólo explicable por

¹⁹ S.J. WATTS, *op.cit*, p.346.

²⁰ JOSÉ PENNA, *op.cit*, p. 198

²¹ ABEL AGÜERO, *op.cit*, p. 22. S.J. WATTS, *op.cit*, pp. 327-350. Z. I. LOUFTI , *La Politique Sanitaire Internationale* Paris: Librairie Nouvelle de Droit et de Jurisprudence, 1906, pp. 65-69.

el interés comercial que tan poderoso influjo tiene en el pueblo inglés, ha sido la causa por qué el cólera, franqueando la barrera del Canal de Suez, estallara en Egipto (...) ²².

La teoría bacteriológica ganó predominio sólo después de que el gobierno alemán encomendase a Koch el estudio de la epidemia de cólera de 1892. Al comparar el desarrollo de esta enfermedad en Hamburgo con el de la vecina ciudad de Altona, Koch y su equipo demostraron que la gran cantidad de muertes sufrida por la primera se debía al consumo de agua infectada. Estas conclusiones debilitaron de manera definitiva a la teoría de los miasmas incrementando de manera definitiva la influencia de la teoría contagionista y de los estudios bacteriológicos ²³.

JOSÉ PENNA Y EL CÓLERA EN LA ARGENTINA

En su libro “El cólera en la República Argentina”, José Penna analizó los nueve brotes coléricos sufridos por el país, la identificación de la enfermedad, sus causas y la defensa contra su expansión. En consecuencia esta obra, publicada en 1898 no era sólo una revisión histórica de las epidemias pasadas sino que ofrecía un plan para el desarrollo y aplicación de políticas de reconocimiento y control epidémico.

En la Argentina, al igual que en el resto del mundo, el peligro de las enfermedades infectocontagiosas surgió con el incremento de los contactos internacionales y de las actividades comerciales. Los políticos, científicos y observadores decimonónicos que celebraban entusiastamente el avance material del país no negaban que éste encerrase nuevos peligros. Esta era también la conclusión de Penna.

En la marcha triunfal en que el país se halla encaminado, se han incorporado a la morbilidad ordinaria nuevas enfermedades ligadas, precisamente, a estas fases avanzadas de la sociabilidad, lo que no podía ser de otro modo, toda vez que es el hombre quien eslabona el encadenamiento sucesivo del progreso de los pueblos ²⁴.

²² JOSÉ PENNA, *op.cit.*, pp. 198-199.

²³ RICHARD EVANS, *op.cit.*, pp. 267-268, 292

²⁴ JOSÉ PENNA y HORACIO MADERO, *La administración Sanitaria y Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires*, t. I, Buenos Aires, Kraft, 1910, p. 54.

Según estos pensadores, sin embargo, el progreso también permitiría vencer a las nuevas amenazas. Por ello, y a pesar del enorme costo en vidas humanas y bienes materiales, Penna sostenía que la enfermedad había sido en última instancia, beneficiosa. En efecto, “la demostración de la naturaleza parasitaria de las enfermedades infectocontagiosas por el inmortal Koch” no sólo había abierto la posibilidad de “fundar las medidas de profilaxis sobre bases ciertas”, sino que había hecho que estos padecimientos perdiesen su letalidad y “caminasen a su extinción”²⁵.

Para Penna el legado positivo de las epidemias incluía los progresos en el diagnóstico del mal, la creación de establecimientos de aislamiento y la producción de las drogas necesarias tanto para la desinfección preventiva como para el alivio de sus víctimas. Los brotes coléricos también habían contribuido a la modernización de la enseñanza universitaria y al fortalecimiento de la ciencia nacional. La organización de las agencias a cargo de los cuidados sanitarios había sido azarosa, con marchas y contramarchas y estaba muy lejos de estar completa. Pero de todos modos, para Penna, mostraba la modernización de la nación.

Durante el período colonial el cuidado higiénico de las ciudades había sido parte importante de las políticas de la corona española y estos esfuerzos fueron heredados por las autoridades que asumieron el poder tras la Revolución de Mayo. Sin embargo, la guerra de independencia y los conflictos internos que le siguieron, habían obstaculizado la implementación sistemática de este tipo de medidas. La idea de expandir y profundizar las atribuciones de las instituciones encargadas de la salud pública cobró nuevo auge recién en el último tercio del siglo XIX²⁶.

La epidemia de cólera de 1867 y la de fiebre amarilla de 1871 tuvieron un papel fundamental en el resurgimiento de las preocupaciones por el cuidado sanitario. A estas dos tragedias, sostenía Penna, se unieron los ocho brotes coléricos que se desarrollaron durante los años siguientes. En realidad, las epidemias no eran nuevas. Peste bubónica, escarlatina, difteria, tífus habían azotado el país desde largos años atrás. Pero hacia fines del siglo XIX la intensificación de estos males, el surgimiento de nuevas enfermedades y los cambios sociales y culturales asociados a la modernización

²⁵ JOSÉ PENNA, *op.cit.*, p. 200.

²⁶ DIEGO ARMUS, *op.cit.*, p. 512.

dieron nueva relevancia a las políticas de salud pública. Paralelamente, el avance de la bacteriología pareció hacer posible la erradicación efectiva de las epidemias²⁷.

Aun cuando la falta de datos hacía un conteo final muy difícil, Penna estimaba que, a lo largo del siglo XIX, el cólera había cobrado un total de 60.000 víctimas²⁸. A este enorme número de muertes había que agregar el hecho de que la enfermedad no sólo afectase a las ciudades sino también a la campaña. Como sus contemporáneos, Penna atribuía el particular ensañamiento de cólera en las áreas rurales al desaseo e indisciplina de sus habitantes. Pero Penna también insistía en que la falta de atención médica contribuía significativamente a la alta mortalidad que la enfermedad producía en el campo²⁹.

El desconocimiento del cólera en la Argentina, sostenía Penna, era tan absoluto que, su primera irrupción había pasado desapercibida. Por ello, si bien se aceptaba que el país había sufrido ocho epidemias, Penna agregaba a este total la que se habría desencadenado en 1856 en Fuerte Argentino (hoy Bahía Blanca). La epidemia había sido llevada allí por un regimiento de granaderos trasladado desde Buenos Aires en un buque recién arribado de la India y sus efectos fueron tan dramáticos que obligó a la creación de un cementerio adicional³⁰.

Las condiciones higiénicas de los centros de gran hacinamiento, como cuarteles, cárceles y manicomios favorecían el desarrollo del cólera. Pero la falta de conocimiento y previsión sanitaria habían favorecido las dramáticas consecuencias en Fuerte Argentino. Los médicos en particular, se habían negado a auxiliar los pacientes necesitados. Cuando enfermaron los primeros soldados en el trayecto de Buenos Aires a Bahía Blanca, los dos profesiona-

²⁷ ADRIANA ÁLVAREZ, “De la higiene pública a la higiene social en Buenos Aires”, en: *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, N° 10 (2007), p. 10. ADRIANA ÁLVAREZ, “El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires, 1870-1915” en: *Historia Revista*, N° 9 jul-dic 2004, pp. 287-317. DIEGO ARMUS, *op.cit.*, p. 515. DIEGO GALEANO, “Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871),” en: *Salud colectiva*, v. 5, N° 1, ene/abr. 200, s/n páginas. RICARDO GONZÁLEZ LEANDRI, *op.cit.*, pp. 84-86, 91-110.

²⁸ JOSÉ PENNA, *op.cit.*, p. 50.

²⁹ *Ibidem*, p. 151.

³⁰ *Ibidem*, pp. 236-237.

les a bordo del buque se escondieron en sus camarotes negándose a asistir a la tropa. Según Penna, la ausencia de todo auxilio médico empeoró la situación de los enfermos dejados al arbitrio de la improvisación.

El héroe de esta luctuosa jornada fue el sargento farmacéutico, Sr. Carlos Imperiale que trató de aliviar los efectos de la epidemia. El tratamiento por él empleado consistía en bebidas calmantes a fin de atenuar en algo los sufrimientos y disminuir en lo posible la expoliación gastrointestinal, en el uso de baños, fricciones estimulantes y mucho abrigo para hacer entrar el cuerpo en calor. A esta terapéutica bien racional que aún en la actualidad se recomienda, se agregaban los remedios sugeridos por los jefes y oficiales. Es así como se practicaban sangrías que no daban hemorragia (...) porque, como se sabe, la circulación disminuye notablemente en los períodos avanzados del cólera. Otros preconizaban baños fríos, pasear a los enfermos, etc., buscando producir la reacción que no se manifestaba casi nunca, ni aun con los procedimientos más científicos aconsejados por el Sr. Imperiale³¹.

De modo similar, la experiencia de lo ocurrido durante la Guerra de la Triple Alianza (1865-1870) cuando la Argentina, Brasil y Uruguay se habían enfrentado al Paraguay, había demostrado la importancia del control colérico en tiempos de guerra. La demanda de personal médico en el frente y en los hospitales de campaña había hecho imposible mantener el personal sanitario idóneo en los puertos. A la escasez de inspectores adecuadamente entrenado, se había unido la ignorancia e imprevisión de los comandos militares. Enterado desde un comienzo de que el cólera había aparecido en su país, el ejército brasileño había establecido un hospital de aislamiento próximo a la ciudad de Corrientes, donde estaba acantonado el grueso de sus tropas. Por el contrario, los argentinos completamente sorprendidos y sin establecimiento especial alguno, alojaron a las víctimas de la epidemia en los hospitales comunes³².

La confusión de los médicos multiplicó, asimismo, las secuelas del cólera entre la población civil al demorar la implementación de medidas precaucionales. La mayoría de los profesionales insistían en que se trataba de

³¹ *Ibidem*, pp. 8-9.

³² *Ibidem*, pp. 38-39.

colerina, una afección gastrointestinal asociada a desarreglos estacionales en la dieta alimenticia. Además expertos como el doctor Thomas Hutchkin-son, un renombrado médico y el cónsul británico en Rosario, creía que, a diferencia de la fiebre amarilla y la viruela, el cólera no era contagioso. Por ello, no se detuvo la navegación por el río Paraná. Tampoco se habían implementado medidas preventivas con anterioridad ni construido la infraestructura necesaria para contener una epidemia. Las condiciones higiénicas de las ciudades se hallaban muy abandonadas. En particular, en la zona del Riachuelo, en Buenos Aires, constituía un foco sumamente amenazador. Ante la ausencia de establecimientos especiales para coléricos los enfermos fueron internados en los hospitales generales mientras que la falta de información hizo que la gente no tomase las medidas de aislamiento necesarias³³.

Con el apoyo de la prensa, los habitantes de Buenos Aires organizaron una campaña contra el descontrol sanitario. Liderada por un grupo de médicos entre los que se encontraba Eduardo Wilde (1844-1913), uno de los primeros higienistas argentinos, la protesta llevó al reemplazo de las autoridades sanitarias por un comité de vecinos encargado de las cuestiones de salud. Los médicos, no obstante, sostenían en que este tipo de problemas debían estar en manos de expertos. Penna alababa la acción anti-epidémica que, en ocasiones, habían tomado las ciudades pero explicaba que debido a su falta de conocimiento, los consejos vecinales no eran idóneos: “La Municipalidad y (...) comisiones populares no tenían, a pesar de todo el encomiable empeño de que han dado pruebas inequívocas, los conocimientos técnicos ni la preparación requerida para luchar con ventaja”³⁴.

Durante las décadas siguientes, los médicos fueron ganando el control de las políticas públicas de salud. Así, el médico y ex ministro del Interior del presidente Mitre, Guillermo Rawson (1821-1890) logró que se crease una Cátedra de Higiene en la Facultad de Medicina. Como titular de este curso Rawson no sólo formó una cohorte de discípulos sino que fomentó la idea de hacer de la salud una cuestión de política nacional bajo el control de agencias estatales específicas. Gradualmente, los egresados de la universidad quedaron a cargo de las políticas de prevención epidémica³⁵.

³³ *Ibidem*, pp. 17-25.

³⁴ *Ibidem*, p. 280. RICARDO GONZÁLEZ LEANDRI, *op.cit.*, pp. 62-70.

³⁵ DONNA GUY, *Sex and Danger in Buenos Aires*, Lincoln and London, University of

En general, las medidas sanitarias se proponían evitar la propagación de males importados o “exóticos” por medio de cuarentenas. Pero las autoridades también sancionaron disposiciones de sanidad interna similares a las de policía urbana y vigilancia de productos alimenticios heredadas del siglo XVIII. En 1867 Buenos Aires organizó medidas de vigilancia domiciliaria, dividiendo a la ciudad en distritos médicos. Este tipo de controles quedaron incorporados a la reforma de 1870 del Consejo de Higiene. Si bien el nuevo reglamento era de carácter restringido, Penna se congratulaba de los avances que estas innovaciones significaban³⁶.

(...) habíamos alcanzado [un cierto] grado de progreso en estas cuestiones y los médicos comenzaban a ejercer cierta influencia –si bien aún limitada– sobre las autoridades para encaminarlas y dirigir las en la adopción de medidas profilácticas, instalación de hospitales especiales y asesorándolas en todo lo concerniente a la higiene administrativa³⁷.

Gracias a las decisiones tomadas a fines de la década de los sesenta y comienzos de los setenta, las autoridades políticas pudieron intervenir de manera más efectiva frente al nuevo brote epidémico que comenzó a desarrollarse en Europa³⁸. Así la Comisión de Salubridad de la Ciudad de Buenos Aires cuidó las buenas condiciones del agua y los alimentos e instruyó al público sobre la necesidad de blanquear edificios, limpiar las letrinas y eliminar todas las basuras. Asimismo reforzó la vigilancia médica domiciliaria para identificar a aquellos que sufriesen de enfermedades sospechosas. De ser posible se alentaba el aislamiento domiciliario que, algunos médicos sostenía, era más práctico. Pero de no existir las posibilidades de estrictas medidas para ello, los enfermos debían recluirse en uno de los lazaretos disponibles. Era frecuente que, ante el terror del encierro forzoso en una institución pública, las familias ocultasen a sus enfermos. Para evitar estos engaños, la inspección de casos de gastroenteritis y de otras afecciones de índole sospechosa se hizo obligatoria. Las inspecciones se concentraron en

Nebraska Press, 1991, pp. 78-79.

³⁶ Conf. ADRIANA ÁLVAREZ, “El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires 1870-1915” en: *Historia Revista* N° 9, jul.-dic. 2004.

³⁷ JOSÉ PENNA, *op.cit.*, p. 184.

³⁸ DIEGO ARMUS, *op.cit.*, p. 512.

los sitios más pobres de la ciudad y se complementaron con la asistencia a los enfermos por parte de la municipalidad que sufragó medicamentos, ropa, alimentos y entierros³⁹.

La creación del DNH, en 1880 constituyó - junto con la de la Dirección General de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires (DGAP) tres años más tarde- en un factor importante en la consolidación de la intervención de los médicos en cuestiones de salud pública. Entre las numerosas funciones adjudicadas al DNH se incluía el control de las actividades asistenciales y la vigilancia de temas relativos a la sanidad naval y a la higiene de los puertos, y en especial el evitar el estallido de brotes de enfermedades exóticas. Pero el accionar del DNH estaba significativamente condicionado por su carácter de institución colegiada, consultiva, y dependiente de la Prefectura General del Puerto. Las limitaciones que aquejaban a esta agencia se pusieron de manifiesto, según Penna, durante la epidemia de 1886 que, afectando a todo el continente, adquirió proporciones sanitarias y políticas desconocidas hasta entonces⁴⁰.

Enteradas del nuevo estallido colérico –que desde 1884 se extendía por toda Europa- en octubre de 1886 las autoridades uruguayas impidieron la entrada de un buque genovés a Montevideo. Para evitar el contagio de la ciudad, los pasajeros y la tripulación fueron obligados a cumplir cuarentena en el lazareto de la Isla de Flores. Pero en Buenos Aires, en cambio, se dio libre entrada a un vapor de igual procedencia permitiendo así, de acuerdo con Penna, la entrada del cólera al Río de la Plata⁴¹. Errores de diagnóstico y de control de la enfermedad agravaron aun más la situación. Insistiendo en que se trataba de colerina, el director del DNH evitó tomar las estrategias preventivas indispensables permitiendo la continuación del tráfico fluvial entre los puertos de la provincia de Buenos Aires y el resto del país. Un mes más tarde el DNH admitió que se trataba de cólera morbus abriendo un lazareto e interrumpiendo el tránsito ferroviario por aquella provincia. Pero para entonces ya era demasiado tarde. El cólera pronto apareció en el litoral

³⁹ JOSÉ PENNA, *op.cit.*, pp. 28-33 y 188-192.

⁴⁰ DONNA GUY, *op.cit.*, pp. 810-81. Para una comparación con la apreciación de Penna sobre el trabajo de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires, ver JOSÉ PENNA, *op.cit.*, pp. 239-240.

⁴¹ JOSÉ PENNA, *op.cit.*, pp. 197, 200-210.

del país y meses más tarde, se extendía a toda la República⁴².

En muchos casos, las autoridades actuaron con sensatez y prudencia, logrando que la epidemia fuese breve y sus efectos, leves. La ciudad de Córdoba, por ejemplo, fue dividida en ocho secciones con un servicio médico numeroso y competente y la organización de tres lazaretos. La intendencia municipal, recientemente creada en Santiago –donde no existía con anterioridad– hizo que médicos y practicantes se turnasen en servir a la población, garantizando la provisión constante de asistencia a las víctimas de la enfermedad. El presidente de la corporación médica de Mendoza ordenó secar las acequias evitando así la infección de la ciudad por aguas contaminadas⁴³.

Pero el cuidado demostrado por muchos profesionales y autoridades locales no convenció a la prensa ni a muchos políticos de la necesidad de controlar el pánico. La agitación pública empujó a los gobiernos provinciales a tomar decisiones apresuradas que agravaron aún más la situación. Así, al ordenar abruptamente la interrupción de todas las comunicaciones ferroviarias, el gobernador de San Luis dejó a más de trescientos pasajeros aislados a mitad de camino. En Córdoba se prohibió toda importación procedente de Santa Fe incluyendo la cal, con lo cual también detuvieron las obras de construcciones. La creación de cordones sanitarios también tuvo efectos contraproducentes ya que los guardias encargados de evitar el paso de gente y mercaderías huían al producirse las primeras víctimas en sus filas, esparciendo de este modo ellos mismos el cólera. Quizás la decisión más desafortunada fue la adoptada por el gobierno de Santa Fe, al impedir al convoy que transportaba al 5º Regimiento de línea avanzar por el río Paraná. Las tropas, sin embargo continuaron viaje a Salta en un tren que carecía de aislamiento efectivo. Es por ello que Penna concluía que era muy probable que estos hombres hubiesen introducido el cólera en Córdoba, Santiago del Estero, Salta y finalmente, Jujuy⁴⁴.

En el ámbito internacional, el gobierno de Chile cerró los pasos de comunicación con la Argentina. Al no poder ya huir a través de la cordillera los mendocinos lo hicieron a San Juan y La Rioja, infectando a estas provincias mientras que el país vecino no previno de este modo la epidemia. Uruguay

⁴² *Ibidem*, pp. 200-210.

⁴³ *Ibidem*, pp. 286-288.

⁴⁴ *Ibidem*, pp. 225-228.

y Brasil siguiendo el ejemplo chileno también interrumpieron toda comunicación con nuestro país, creando innumerables problemas de transporte⁴⁵.

En contraste con la desorientación que, según Penna afectó al DNH, la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires se felicitaba a sí misma por la eficacia que había desplegado durante esta epidemia. Diseñada y dirigida por José María Ramos Mejía –la figura paradigmática del higienismo y el reemplazante de Rawson en la cátedra de la Facultad de Medicina- como una oficina técnica, la Asistencia contaba con personal experimentado en materia epidemiológica y con el apoyo del Ministerio del Interior. Bajo el asesoramiento de estos expertos, en 1886 esta agencia se abocó a identificar y destruir todo foco epidémico dentro de la ciudad⁴⁶. Para ello, y basándose en las experiencias de 1867 y de 1873, los médicos a su servicio se dividieron en ocho grupos de visitas domiciliarias para la asistencia, desinfección y aislamiento de los enfermos sospechosos. Las víctimas que habitasen en lugares donde no fuese posible implementar estos cuidados debían ser inmediatamente recluidas en la “Casa de Aislamiento” que, dirigida por Penna tuvo “centenares de enfermos”. Este era en especial, el caso de delincuentes y alienados ya que se buscaba evitar convertir a cárceles y manicomios en otros tantos focos coléricos. La Casa también se hacía cargo de la desinfección de las ropas y bienes de los infectados; asimismo contaba con un horno de incineración para la cremación de los cadáveres peligrosos⁴⁷.

Gran parte de la acción de la Asistencia estaba vinculada a las transformaciones generadas por el afianzamiento de los conocimientos microbiológicos. Enterada de los últimos hallazgos científicos europeos, esta agencia comenzó a complementar los estudios clínicos de cada caso con un análisis bacteriológico. En efecto, este tipo de estudios y los exámenes de laboratorio que permitían ‘aislar al microbio antes de diagnosticar’ era ahora, “el dato a la moda”⁴⁸.

Teníamos instituida la Asistencia Pública con un laboratorio de Bacteriología en formación aparte de otro adscrito a la Oficina Química Municipal en los cuales nos fue posible estudiar, desde el principio las deyecciones de

⁴⁵ *Ibidem*, pp. 321-322.

⁴⁶ *Ibidem*, pp. 239-241.

⁴⁷ JOSÉ PENNA y HORACIO MADERO, *op.cit.* p. 140.

⁴⁸ MARCOS CUETO, *op.cit.*, p.27.

los enfermos, aislando y cultivando pronto el bacilo coma que se presentó desde los primeros ensayos⁴⁹.

El “advenimiento de la doctrina bacteriana que (...) ilustró sobre el verdadero valor de los microbios patógenos y sobre la importancia de la esterilización”⁵⁰ y se tradujo también en que el aislamiento se complementase ahora con un creciente énfasis en la desinfección de personas y objetos. Implementada desde 1888 en la ciudad de Buenos Aires la práctica se extendió en los noventa a los navíos, pasajeros y tripulantes y cargas provenientes de áreas infectadas⁵¹.

A pesar del entusiasmo de los higienistas, ciertos sectores de la población percibieron al estricto plan de inspección, registro, reclusión y cremación como excesivamente opresivo. Esta oposición, unida a desacuerdos entre José María Ramos Mejía y el intendente Torcuato de Alvear llevó a la separación del primero del cargo en la Asistencia. Ramos Mejía, junto con sus discípulos y colegas, pasaron a desempeñarse al frente del DNH, quienes utilizaron la experiencia de los ochenta para luchar contra la epidemia de mediados de los noventa⁵².

Cuando una nueva amenaza colérica llegó en 1894 al Río de la Plata, el DNH comunicó a los gobernadores la existencia de la enfermedad en Buenos Aires, repartió folletos con información profiláctica y pidió que se organizaran donde aún no existían, las autoridades sanitarias. También envió a la provincia de Santa Fe —uno de los principales centros de los brotes de años anteriores— guardias sanitarias así como un lazareto flotante que contaba con una estufa de desinfección. A través de un acuerdo con las empresas de ferrocarril los trenes a Rosario llevaban inspectores encargados de detectar a los pasajeros sospechosos de sufrir una enfermedad infectocontagiosa. Estos debían ser inmediatamente internados en la Casa de Aislamiento⁵³.

Sin embargo, para Penna y los expertos que lo rodeaban era imposible detener la epidemia del cólera por completo debido a dos razones funda-

⁴⁹ JOSÉ PENNA, *op.cit.*, p. 197.

⁵⁰ JOSÉ PENNA y HORACIO MADERO, *op.cit.* p. 154.

⁵¹ *Ibidem*, pp. 140-145.

⁵² NORMA I. SÁNCHEZ, *op.cit.*, p. 23.

⁵³ JOSÉ PENNA, *op.cit.*, p. 331-347.

mentales. Por una parte era claro que el riguroso aislamiento necesario para contener al mal era prácticamente imposible de implementar. Por la otra, las dificultades para “seguir el camino del contagio” impedían identificar con precisión las áreas a acordonar⁵⁴. Para la mayoría de los observadores el mal había sido importado desde Brasil. Por ello, y buscando controlar una expansión aún mayor asupiciaban la creación de cordones sanitarios fronterizos - en Paso de Los Libres, Alvear y Santa Teresa. Pero según Penna - a cargo del DNH por hallarse su titular, José M. Ramos Mejía, en gira en Santa Fe y el Rosario- el cólera había prendido en nuestro país al mismo tiempo que en el Brasil. En consecuencia, Penna concluía que el mal había sido introducido de manera completamente silenciosa no desde el país vecino, sino desde Europa.

Los navíos de la carrera de Europa” habían traído el cólera al mismo tiempo a Brasil y Argentina. El mal había sido introducido “ [de manera] tan silenciosa y oculta que los agentes transmisores habían recorrido libremente nuestro territorio, sembrando ... la enfermedad ... [desde] el viejo continente⁵⁵.

El problema de la importación europea del cólera era particularmente grave, además, porque las compañías de navegación no hacían nada para evitar esta infiltración subrepticia. Sin ningún interés en proteger nuestros puertos, recurrían incluso a engaños para evitar denunciar la existencia de enfermedades a bordo de los buques. Por ello la Argentina debía adoptar todas las providencias que juzgase necesarias.⁵⁶ Como en el resto del mundo a fines del siglo XIX, estas medidas incluían la desinfección y el aislamiento. La desinfección se había comenzado a aplicar en la ciudad desde 1888 y en la década siguiente se había extendido a buques, viajeros y cargas “sospechosas”⁵⁷.

Penna era consciente que el país también carecía de los recursos nece-

⁵⁴ *Ibidem*, pp. 355-357.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 360.

⁵⁶ JOSÉ PENNA, *El cólera*, *op.cit.*, pp. 200-201.

⁵⁷ MARCOS CUETO, *op.cit.*, ADRIANA ÁLVAREZ, “El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires, 1870-1915”, *op.cit.*, pp. 287-317.

sarios para el aislamiento efectivo de pasajeros y cargas. Las experiencias del cólera de 1867 y de la fiebre amarilla de 1871 hicieron que en 1873 se buscara detener el nuevo brote de aquella enfermedad organizando un lugar de aislamiento en el puerto de la Ensenada, al sudeste de la ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, este lazareto tenía libre acceso fluvial, escasa policía y una estación ferroviaria cercana; por ende, no fue posible evitar el contacto de los enfermos con la población sana que los rodeaba. Ante la dispersión del cólera se decidió trasladar a los cuarentenarios a un pontón flotante. Aunque en esta ocasión la medida fue tomada demasiado tarde, la enseñanza quedó para el futuro y en 1879 se llevó a cabo un estudio para el establecimiento de lazaretos⁵⁸.

Cuando una nueva epidemia comenzó en Europa, en 1884, la II Convención Sanitaria Internacional de Montevideo ordenó la instalación de lazaretos. Dos años más tarde el Congreso de la Nación sancionaba la ley para su creación en Argentina (ley nacional N° 1.451). Ese mismo año también se estipuló la creación de un establecimiento de esta naturaleza en una isla; sería el lazareto de Martín García. Los observadores contemporáneos criticaron la ubicación de la futura estación cuarentenaria por estar demasiado distante de la ciudad, pero a 50 kilómetros de la Capital Federal y en medio del Río de la Plata, Martín García ofrecía la posibilidad de aislamiento efectivo. Sin embargo los primeros lazaretos no se establecieron hasta la década del noventa, durante el período en que Ramos Mejía estuvo al frente del DNH⁵⁹.

Las reformas introducidas durante los años anteriores se reflejaron en 1894 cuando Penna –en tanto presidente interino del DNH– ordenó el inmediato aislamiento de los primeros coléricos en el lazareto flotante *Dr Rodolfo del Viso*. Para entonces también se utilizaba el de Martín García que, no obstante, mostraba muchos problemas, incluyendo la corrupción de sus autoridades, la falta de facilidades para el atraque de los buques y la estrechez de sus dimensiones⁶⁰. Pero en realidad, Penna consideraba que aún quedaba mucho por hacer.

⁵⁸ ADRIANA ÁLVAREZ, “El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires, 1870-1915”, *op.cit.*, pp. 287-317.

⁵⁹ OLGA BORDI DE RAGUCCI, *Cólera e inmigración, 1880-1900*. Buenos Aires, Leviatán, 1998, pp. 24 y 41-43.

⁶⁰ ADRIANA ÁLVAREZ, “El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires, 1870-1915”, *op.cit.*, p. 295.

Nuestro sistema cuarentenario era pésimo, puesto que carecía de los medios para aislar a los individuos contaminados de los sanos, o a los pasajeros de los diversos buques –aun de los infectados y no infectados- acumulando a individuos que, tras un largo viaje, estaban en las peores condiciones para resistir los asaltos del cólera y así, a morir. Y lo que es más criticable, epidemiológicamente hablando, se abultaba un foco inmenso cuando en realidad, este debía ser reducido⁶¹.

EL VAPOR *ARAGUAYA* Y LA AMENAZA DE CÓLERA DE 1910

Como tantas otras veces, a comienzos del siglo XX el cólera había surgido en la India y se había extendido a Persia y Rusia. Durante todo el año el periódico *La Prensa* había informado de la evolución del cólera en el Viejo Continente, reportando el lugar donde se producía cada brote, el número de víctimas y cuántas de ellas habían muerto⁶². El avance lento y sinuoso de esta epidemia hizo que se dudase de la inexorabilidad de una nueva invasión a Europa. Esta no era, sin embargo la opinión del profesor y miembro de la Academia de Medicina de París, André Chantemesse quien sostenía que los estallidos de 1907 en Holanda y Bélgica habían mostrado que el curso de la infección sería similar a las anteriores. Junto con el Doctor Borel -presidente del Departamento de Salud del puerto de Havre- Chantemesse insistía en la necesidad de proteger al occidente mediante los métodos más estrictos, especialmente porque según él “para 1910 Italia estaba ya amenazada tanto desde el Adriático como el Tirreno”⁶³.

Se insistía que el principal peligro residía en el gran número de inmigrantes a bordo de los buques modernos. Con la esperanza de detener el cólera, los partidarios del control absoluto, argumentaban que eran necesario detener a los pasajeros de tercera clase para su estudio y desinfección. Estas ideas eran defendidas por la Academia de París y en particular por André Chantemesse quien insistía en la necesidad de “la declaración obligatoria y aislamiento y desinfección, bajo pena de multa y hasta de prisión, [no sólo] de todo sospechoso de cólera sino [también] de toda persona que haya es-

⁶¹ JOSÉ PENNA, *op.cit.*, p. 182.

⁶² *La Prensa*, Buenos Aires, 24 de octubre de 1910, p. 6.

⁶³ Scientists Tell of Cholera Peril. *New York Times*, 12 de septiembre de 1910.

tado en contacto con él”⁶⁴. El DNH, que coincidía con la interpretación de Chantemesse, se había preparado de antemano. Por ello, cuando en octubre de 1910 se anunció la llegada de la enfermedad a Brasil, su personal estaba listo.

El primer caso de de la enfermedad se había producido a tres días de la partida del *Araguaya* del puerto francés de Cherburgo. Y por los menos otras tres personas habían muerto durante el cruce del Atlántico. Dado que se trataba de un vapor de lujo -decía Floriano de Lemos, un cronista del periódico fluminense *Correio da Manhã* que por casualidad estaba a bordo- este vapor no ofrecía las condiciones de hacinamiento que favorecían los brotes epidémicos. Pero su tercera clase transportaba mucha más gente de lo que permitían sus comodidades. De acuerdo con Lemos, de hecho, la enfermedad se había extendido únicamente en esta sección y entre algunos miembros de la tripulación⁶⁵.

El capitán del navío, James Pope negaba que hubiese procurado ocultar la existencia de una epidemia en el navío bajo su comando. Sin embargo, las autoridades brasileras le habían permitido atracar en Pernambuco únicamente debido a que el médico de abordó determinó que las defunciones se debían a casos de gastroenteritis. Y existía la sensación generalizada de que la situación era aún más grave ya que la enfermedad ya había sido introducida en aquella ciudad, el primer puerto brasiler que tocara el *Araguaya*. Esta era la opinión de las autoridades del DNH. En efecto, en sus declaraciones ante la Cámara de Diputados uno de los directores de dicha agencia informó que los pasajeros del *Araguaya* habían infectado a los operarios de los trasbordadores que los habían conducido del buque a tierra⁶⁶.

Tras el fallecimiento de una pequeña en el trayecto desde Pernambuco a Bahía hizo imposible negar la existencia de una seria amenaza. Por su parte, las autoridades brasileras impidieron el desembarco de los pasajeros del buque en Río de Janeiro y ordenaron el análisis bacteriológico de los individuos afectados por dolencias “sospechosas”. Unos pocos días más tarde, y tras que los estudios demostrasen que en efecto, se trataba de cólera morbus, las autoridades condujeron al *Araguaya* y a sus pasajeros y tripulación al la-

⁶⁴ *Ibidem*, p.6.

⁶⁵ *Correio da Manhã*, Río de Janeiro, 12 de octubre de 1910.

⁶⁶ *Ibidem*

zareto de Isla Grande frente a la Bahía de Angra dos Reis. El navío, la carga y el equipaje debían ser prolijamente desinfectados mientras que la gente sería sometida a una cuarentena de observación de diez días de duración, el período reglamentario para los casos de cólera⁶⁷.

Oswaldo Cruz, el reconocido científico que había presidido la Diretoria Geral de Saúde Pública y ahora dirigía el Instituto Manguinhos, calmaba a la población asegurando que no existía real peligro de infección epidémica⁶⁸. Con el prestigio de su experiencia y posición, Cruz alentaba a sus compatriotas a enorgullecerse sobre los adelantos científicos del Brasil:

(...) pasando una mano por sus cabellos con reflejos de plata, el Doctor Cruz... sonrió. El puerto de Río, dijo, posee los recursos legítimos para la defensa sanitaria. Al navío, que se encuentra en un lugar distante, se le aplicarán todas las prácticas que manda la ciencia moderna. ... El gobierno actuó bien y no veo motivos para temer una posible invasión de este mal. Podemos estar tranquilos y tranquilizar a la población⁶⁹.

Aun meses después del episodio del *Araguaya*, la prensa brasilera utilizaba este caso como ejemplo de que si se tomaban las medidas adecuadas a tiempo y con el rigor necesario, las epidemias de cólera ya no tenían el carácter de las catástrofes del siglo pasado⁷⁰.

La detención del buque tomó a los pasajeros por sorpresa ya que durante el viaje no se habían enterado del brote colérico que se desarrollaba a bordo. Algunos mantuvieron el buen humor publicando un boletín con el título “El bacilo de a bordo”; la preocupación principal de esta publicación era que se les proveyese de suficiente cerveza. Según el cronista, los pasajeros de tercera clase mostraban también una entereza ejemplar frente al peligro que afrontaban, entonando frecuentemente canciones que mantenía los espíritus elevados. Pero el hecho de que el *Correio da Manha* insistiese en que guardias armados aseguraban el estricto aislamiento de la tercera clase –la sección donde se habían producido los casos coléricos- sugiere que

⁶⁷ *Ibidem*

⁶⁸ *Correio da Manha*. Río de Janeiro, 19 de octubre de 1910.

⁶⁹ *Ibidem*

⁷⁰ *Correio da Manha*, Río de Janeiro, 11 de Abril de 1911.

no todos sus pasajeros aceptaban permanecer a bordo contra su voluntad sin resistencia⁷¹.

En la primera y segunda clase, siempre según el cronista, varias señoras sufrieron ataques de nervios y desmayos. Los hombres, en cambio tomaron una actitud más hostil, quejándose a viva voz acerca de lo que consideraban un atropello personal. Este fue el caso de un grupo de médicos argentinos que formó una comisión en representación de todos los pasajeros. Demostrando sutileza y orgullo patrio, las autoridades brasileras invitaron a algunos de los miembros de esta comisión a adelantarse y visitar las instalaciones de Angra para convencerse del cuidado con que serían atendidos durante la obligada estadía cuarentenaria⁷².

El monumental edificio del lazareto, construido en la década de los ochenta había sido recientemente modernizado, equipándose con las últimas novedades tecnológicas para la profilaxis epidemiológica, incluida una estufa de desinfección último modelo. Su objetivo, como el de todos los lazaretos, era el aislamiento de la tripulación y pasaje de los navíos infectados. Para ello, además del personal médico y administrativo, contaba con también con un destacamento de guardias armados. Según las autoridades brasileras el de Isla Grande tenía peculiaridades propias ya que ofrecía a los pasajeros de primera y segunda clase la misma holgura y confort de la que disfrutaban en los vapores transatlánticos⁷³.

Las comodidades y en especial, la extraordinaria belleza del lugar impresionaron favorablemente a algunos de los argentinos invitados a visitar el lugar antes de que se impusiese la cuarentena. Y muchos pasajeros deben de haberse avenido a permanecer allí el tiempo reglamentario ya que el 27 de octubre las autoridades comunicaban que “desde hace cinco días no se han producido casos de cólera”. Sin embargo, el *Correio da Manhã* también informaba que algunos individuos habían evitado el aislamiento obligatorio alojándose en viviendas cercanas al puerto de Bahía. Asimismo el cónsul argentino en Brasil también comunicaba a Penna que algunos viajeros de

⁷¹ *Correio da Manhã*. Río de Janeiro, 24 de octubre de 1910.

⁷² *Correio da Manhã*. Río de Janeiro, 27 de octubre de 1910. Conf. MYRIAN SEPÚLVEDA DOS SANTOS, “Ilha Grande Lazareto: Isolation, Imprisonment, and surveillance in the fields of health care and politics (1884-1942)” en: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, oct. / dic., 2007, 5-10.

⁷³ *Correio da Manhã*. Río de Janeiro, 27 de octubre de 1910.

primera clase habían abandonado subrepticamente el *Araguaya* antes de que se le impusiese la cuarentena, embarcándose furtivamente en otros vapores que se dirigían hacia Buenos Aires. En el Congreso se rumoreaba que ya se habían producido algunos casos de cólera en la ciudad, a la que habían llegado –se decía– muchos pasajeros del *Araguaya*. Estas noticias despertaron gran inquietud entre los porteños⁷⁴.

Penna estaba convencido de que las políticas de defensa sanitaria nacional contra las enfermedades exóticas debían quedar exclusivamente en manos de expertos entrenados de acuerdo a normas científicas. La experiencia también le decía que era importante evitar el pánico y para lograrlo ni siquiera los medios de difusión debían tener demasiada injerencia. De acuerdo con estos principios Penna buscó calmar a la opinión pública declarando escueta pero firmemente que “el DNH tomará las medidas para evitar que los pasajeros que han estado en contacto con coléricos puedan burlar la vigilancia sanitaria e introducirse en el país”⁷⁵.

Ni el envío de un escribano por parte del periódico *La Prensa* había logrado que las autoridades sanitarias argentinas proveyesen mayor información o hiciesen declaraciones alarmantes. El representante del diario había sido correctamente recibido por el secretario del DNH que les habían manifestado que:

El doctor Penna ha hecho manifestaciones terminantes en el sentido de que las medidas que se tomen para con el vapor *Araguaya* serán las que aconsejen las circunstancias para lo cual se dispondría una inspección especial al mencionado barco y otras diligencias que tiendan a la mayor seguridad pública⁷⁶.

Gran parte de la gestión del DNH se basaba en el prestigio de su presidente, José Penna, cuya carrera académica y política le daba gran ascendiente. En efecto, no sólo era actualmente diputado nacional y profesor universitario sino que se había desempeñado por largos años como jefe de la

⁷⁴ *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Sesión N°. 57. 28 de octubre de 1910, tomo III, pp. 43-56.

⁷⁵ “El vapor *Araguaya*”, *La Prensa*, 26 octubre 1910, p. 14. “Medidas de higiene pública”, *La Prensa*, 27 octubre 1910, p. 12.

⁷⁶ “Medidas de higiene pública”, *La Prensa*, 27 octubre 1910, p. 12

Casa de Aislamiento, responsable de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires y director interino del DNH⁷⁷. Fundándose en la experiencia de sus miembros y directivos, el DNH desarrolló tres estrategias para enfrentar al cólera. En primer lugar, se buscó eliminar toda contaminación ambiental que favoreciese la expansión epidémica tanto en las ciudades como en la campaña. En segundo lugar, el DNH se propuso extirpar todo foco incipiente, por pequeño que fuese, mediante la vigilancia domiciliaria y el aislamiento de los enfermos sospechosos. Por último, las autoridades sanitarias deberían evitar la introducción de nuevos casos coléricos en el país⁷⁸.

Habiendo terminado el Departamento Nacional de Higiene el plan de defensa sanitaria para la Capital Federal y principales puertos de la República, en presencia de una posible invasión del cólera, ha solicitado el concurso de la dirección de salubridad de la provincia [de Buenos Aires] en el sentido de extremar la vigilancia sanitaria e higiénica de los centros poblados y de tenerlo al corriente de las novedades que ocurran en la salud pública y de las medidas profilácticas que adopte con este fin⁷⁹.

Gran parte de los esfuerzos del DNH se concentraron en el saneamiento de la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores. Se reforzaron las tareas de limpieza y se comenzaron a discutir nuevas obras de ingeniería sanitaria. Tal como lo reclamaba el periódico *La Prensa* era perentorio sanear el Riachuelo así como las calles del barrio de la Boca que eran “un fangal”⁸⁰. También era fundamental la construcción de buenos sistemas cloacales y garantizar la provisión de agua limpia, ya que el bacilo colérico era ingerido a través del agua bebida o utilizada para lavar o regar frutas y vegetales. La eliminación de insectos y moscas, finalmente, era asimismo importante ya que éstas transmitían los gérmenes desde los estercoleros a los alimentos o las personas⁸¹. En opinión de Penna y los expertos a su alrededor, este tipo

⁷⁷ JUAN CARLOS VERONELLY y MAGALÍ VERONELLI CORRECH, *op.cit.*, pp. 361-370.

⁷⁸ JOSÉ PENNA, “Profilaxis del cólera”, en: *La Semana Medica*. Buenos Aires, N° 49, Año VII, 8 de diciembre de 1910, pp. 1905-1911.

⁷⁹ “Adopción de un plan general”, *La Prensa*, 11 de noviembre de 1910, p. 14

⁸⁰ “El barrio de Boca y Barracas”, *La Prensa*, 9 de noviembre de 1910, p. 15.

⁸¹ JOSÉ PENNA, “Profilaxis del cólera”; “El cólera” y “Precauciones contra el cólera”, *La Prensa*, 24 y 25 de octubre de 1910, 6 y 13.

de trabajos eran más importantes que la sanción de reglamentos y disposiciones legales y si bien “no podían improvisarse de un día para el otro”, nunca era demasiado tarde para comenzar⁸².

La acción de las autoridades no se limitaba al área de Buenos Aires. Por el contrario el DNH hizo un esfuerzo por demostrar que se preocupaba por el resto del país. Así comunicaba a opinión pública que había adquirido material de desinfección suficiente para proveer a las necesidades de las provincias. Sin embargo, las autoridades sanitarias de la capital también retenían las decisiones sobre cómo distribuir los bienes: el DNH sólo remitiría lo indispensable, guardando el resto “para el caso de una alteración sanitaria grave⁸³. Finalmente, se prometía mantener a la población mantenirla informada sobre el desarrollo de la amenaza colérica.

En síntesis, a pesar de utilizar un tono muy cuidadoso Penna demostraba que el DNH estaba en control de la situación evitando sembrar la confusión y el pánico. Para ello, también evitaba ofrecer demasiada información a los medios, considerando que en ocasiones anteriores, los periódicos habían contribuido al desconcierto generalizado. *La Prensa*, por el contrario, publicaba largos y profundos estudios sobre la naturaleza del cólera y su prevención. Finalmente, y buscando ganar apoyo, Penna también garantizaba la equidad en la distribución de los recursos. Las autoridades pondrían los recursos existentes se pondrían al servicio de la protección de la población toda y en particular, de los pobres e indefensos. De este modo el estado utilizaba una retórica de eficiencia y modernidad, y mientras que eludía la participación activa de la ciudadanía en la prevención de la epidemia, también prometía el uso racional y cierta justicia distributiva de los medios con que se disponía. En este sentido, coincidía con las estrategias del grupo en el gobierno que buscaba la legitimidad política mientras que procuraba reafirmar su propio poder.

El plan del DNH describía al peligro como proveniente del exterior. Convencido de la existencia de un foco activo allende el Atlántico y de las circunstancias que favorecían su contagio en nuestro país, Penna también reforzó las medidas sanitarias para prevenir que procedencias extranjeras

⁸² “El vapor Araguaya”, *La Prensa*, 26 octubre 1910, p. 14. “Medidas de higiene pública”, *La Prensa*, 27 octubre 1910, p. 12.

⁸³ “Adopción de un plan general”, *La Prensa*, 11 de noviembre de 1910, p. 14.

introdujesen el cólera. En este sentido, en 1910 Penna se basaba en lo que había escrito más de diez años atrás:

Las condiciones en que pueden hallarse las procedencias europeas en tiempos de epidemia nos imponen la necesidad de arbitrar medios para evitar importaciones futuras. Es tiempo ya de que nos levantemos contra esas cartas de sanidad que nada dicen y contra esos certificados de los médicos marinos que nada explican y encubren tanto, sin embargo. La salud de nuestros pueblos, tantas veces ya cruelmente experimentada, no puede estar en manos de aquellos que ante el interés de deshacerse de sus cargamentos, siembren el luto y la ruina entre indefensos habitantes. Es llegado el momento de reaccionar y aplaudir toda medida que tienda a organizar definitiva y científicamente la administración sanitaria de la República toda. Y en este camino está empeñosamente comprometido el DNH. Ojalá resuelva de modo completo esta gran cuestión que día a día adquiere mayor importancia y que, abandonada, aumentaría sin cesar, nuestro tributo de muerte a las epidemias exóticas⁸⁴.

Pero si Penna basaba el plan de 1910 en las experiencias pasadas, el DNH también decidió innovar e implementar medidas basadas en modernos estudios bacteriológicos. Si podía esperarse con casi entera seguridad que la epidemia llegaría desde Europa, el riesgo era aún mayor ya que Italia, y hasta cierto punto Francia, ocultaban la verdadera dimensión del azote. La poca confianza que el sistema internacional de prevención y los médicos de a bordo inspiraban a los higienistas, hacía necesario buscar medidas de defensa nacional⁸⁵. Hacía años, de hecho, que Penna insistía sobre este problema.

(...) es necesario decir que los certificados de los médicos de a bordo (...) [procuran] ocultar toda enfermedad que pueda dificultar en cualquier manera el pronto desembarco, presentando con notable frecuencia la clasificación de convulsiones verminosas como la causa de muerte de muchos niños. (...) estas informaciones eran en muchos casos resultados del cálculo y el interés⁸⁶.

⁸⁴ JOSÉ PENNA, *El cólera*, *op.cit.*, pp. 200-201.

⁸⁵ SALVADOR MAZZA, *op.cit.*, p. 162.

⁸⁶ JOSÉ PENNA, *El cólera*, *op.cit.*, p. 180.

Fundándose en el hallazgo, a comienzos del siglo XX, de la existencia de “transmisores o enfermos sanos”, el análisis bacteriológico pareció ofrecer garantías desconocidas hasta entonces⁸⁷.

[Se sabe hoy] que ciertos individuos provenientes de las regiones donde el cólera reina epidémicamente pueden albergar el vibrión por largo tiempo en sus sistemas digestivos, transportando así la enfermedad”. La observación clínica no puede descubrir a los portadores sanos ya que no manifiestan ningún signo de la infección. Las personas provenientes de regiones donde se ha extendido el cólera y que han sido levemente afectados por la enfermedad, transportan los gérmenes de manera similar⁸⁸.

SALVADOR MAZZA Y EL LABORATORIO BACTERIOLÓGICO DE MARTÍN GARCÍA

El DNH había comenzado las preparaciones para atender el cólera meses antes de que hiciese su aparición en Brasil en octubre de 1910. Las enseñanzas dejadas por las epidemias del siglo XIX permitían predecir que los primeros casos se producirían silenciosamente. En consecuencia, la mejor estrategia era no esperar a que la epidemia fuese visible. El DNH había comenzado a organizarse ya en abril de 1910, con la compra de “útiles y enseres” para el lazareto de Martín García. La urgencia era tal que el DNH también dio orden de evitar el llamado a licitación pública, adquiriendo los colchones y almohadas directamente⁸⁹. Y de hecho, esta estación cuarentenaria y en especial, su nuevo laboratorio bacteriológico se convirtieron en una pieza clave de la campaña anti-colérica de 1910.

Si hasta entonces se había supuesto que, una vez pasado el período de incubación - un ciclo calculado en seis semanas-, ninguna persona constituía ya una amenaza sanitaria, ahora se teorizaba que individuos asintomáticos podían transmitir el cólera durante períodos que se extendían hasta los

⁸⁷ EZEQUIEL CASTILLO, “Las sesiones del Comité Internacional de Higiene Pública”, en: *Anales del DNH*, Vol. XVIII, N° 1, Enero-Febrero 1911, pp. 25-55.

⁸⁸ SALVADOR MAZZA, “Laboratorio de Martín García. Su organización y trabajos”, en: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Vol. XIX N° 2, marzo-abril, 1912, p. 164.

⁸⁹ Decretos del P.E. Buenos Aires, Abril 1° de 1910, en: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Vol. XVIII, N° 3, p. 144. JOSÉ PENNA, “Profilaxis del cólera”, pp. 1905-1913.

seis meses. Y de hecho, las personas inmunes a la infección eran tan o más peligrosas que los enfermos, pues transmitían el mal de manera oculta⁹⁰. Buscando impedir la entrada al país de todo viajero infectado, se analizó la flora intestinal de todos los individuos bajo sospecha de haber sido contagiado. Si “la observación clínica” era incapaz de identificar la peligrosidad de las personas que habían sobrevivido a brotes coléricos o que no se habían contagiado, el análisis bacteriológico “permite señalarlos”. En consecuencia, para los higienistas que defendían los estudios de laboratorio como medidas preventivas, la defensa contra el cólera requería ahora no tanto desinfecciones generalizadas o el aislamiento de grupos proveniente de regiones contaminadas, sino el estudio de los fluidos intestinales de cada individuo. Según Mazza, “(...) para el cólera resultaría inútil todo programa que no incluyera la exploración individual de la flora microbiana intestinal de los pasajeros sospechosos [de estar afectados de este mal]”⁹¹.

El *Araguaya* fue detenido y sus pasajeros conducidos a Martín García donde se había organizado una estación sanitaria. A cargo de J. Rosenbusch y H. Fernández, dos graduados recientes de la Facultad de Medicina, el objetivo del laboratorio bacteriológico de Martín García era filtrar la intrusión del cólera⁹². De hecho Rosenbusch y Fernández encontraron un único vibrión. Debido a que no pudieron comparar a este microorganismo con el que Koch describiese como causante del cólera y “para evitar confusiones” lo denominaron “vibrión araguaya”⁹³.

En 1911 el DNH decidió ampliar las instalaciones con que contaba en Martín García deteniendo en ellas a todo buque que se considerase sospechoso. Salvador Mazza quedó a cargo de su organización. Entusiasmado ante los resultados que Martín García parecía prometer, y como un joven y aún inexperto médico, Mazza se enorgullecía de que la Argentina había construido “el primer establecimiento de esta naturaleza en Sudamérica”⁹⁴.

⁹⁰ CHARLESE E. ARMORY WINSLOW, *The Conquest of Epidemic Disease. A Chapter in the History of Ideas*. Princeton University Press, 1944, pp. 338-339. “El cólera”, *La Prensa* 24 de octubre de 1910, p. 6. GEORGE ROSEN, *op.cit.*, pp. 295-296.

⁹¹ SALVADOR MAZZA, *op.cit.*, pp. 161-162.

⁹² OLGA BORDI DE RAGUCCI, *op.cit.*, p.24 y 42-43.

⁹³ J. ROSENBUSCH y H. FERNÁNDEZ, *Estudio biológico de un vibrión aislado*, Buenos Aires, pp. 17-24. Conf. SALVADOR MAZZA, *op.cit.*, p. 162.

⁹⁴ SALVADOR MAZZA, *op.cit.*, p. 162.

La medida, sin embargo, no dejó de generar serias polémicas. Por una parte, parecía violar el acuerdo firmado por Argentina y Brasil en 1904, según el cual se exceptuaba de todo tipo de detención a los pasajeros de buques que contasen con un médico sanitarista y estufa de desinfección. Pero el DNH insistía en que, al no ser éste el caso del *Araguaya*, las autoridades argentinas estaban en libertad de actuar de acuerdo al mejor interés de la población local. En efecto, sostenían, este buque no sólo carecía de los medios adecuados de saneamiento y desinfección, sino que su médico había omitido declarar que se habían producido varias muertes por cólera.

Más profunda aún era la discusión con respecto a los derechos de los oficiales sanitarios sobre personas que no presentaban síntomas de enfermedad. Para el diputado Luis Agote, quien hablaba respaldado por su experiencia como secretario del DNH en 1894 y director del lazareto de Martín García al año siguiente, debía hacerse una distinción entre individuos enfermos e individuos asintomáticos. Era legítimo someter a estudios bacteriológicos a los primeros, pero no a los segundos pues ello era simple y sencillamente, una intrusión en sus derechos como individuos⁹⁵. En opinión de este diputado y médico, se trataba de “una verdadera escena propia a la imaginación famosa de Moliere (...) una verdadera *trouvaillie*, que en ninguna parte del mundo se ha presentado y que tenemos hoy como un triste privilegio que nos ofrece la sanidad argentina”⁹⁶.

El DNH no se vio conmovido por los argumentos contrarios a su política y uno de sus miembros, el diputado Revilla los caracterizó a la defensa que Agote de los derechos de los individuos, como una nueva “teología” que encontraba nuevos adeptos⁹⁷. Por el contrario, esta estación bacteriológica tomó un carácter permanente, quedando a cargo de Salvador Mazza. Un estudiante sumamente destacado, Mazza ya se había desempeñado como vacunador en las campañas antivariolosas del DNH, como ayudante en el

⁹⁵ *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Sesión Nº 57. 28 de octubre de 1910, pp. 43-56. MIGUEL ÁNGEL LUCAS, “Luis Agote. Dando sangre, desde el lazareto de la isla Martín García a su primera transfusión”, en: *Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular*, Vol. VII, Nº 3, pp. 146-148

⁹⁶ *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Sesión Nº 58. 2 de noviembre de 1910, p. 65.

⁹⁷ *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Sesión Nº 57. 28 de octubre de 1910, p. 49.

laboratorio de clínica epidemiológica de la cátedra de Penna y como editor de la Revista del Centro Estudiantes de Medicina. Sus trabajos sobre el mal de Chagas en la Argentina lo harían famoso años más tarde.⁹⁸

Según Mazza, los procedimientos de Martín García seguían las prescripciones de la Convención Sanitaria de París, la cual había “sistematizado las medidas contra el cólera y la peste bubónica”⁹⁹. El objetivo fundamental era aislar a los individuos que, aun sin mostrar síntomas, fuesen portadores de cólera. Para ello Mazza explicaba que “[el laboratorio] debía expedirse sobre sus resultados en un plazo angustioso de manera de hacer posible el adoptar, en base a ellos, las medidas sanitarias correspondientes sobre la totalidad del grupo sospechoso”. Este desafío, el joven estudioso continuaba, “nos hizo pensar en industrializar los procedimientos de laboratorio para análisis de las deposiciones, adaptándolos a la amplia escala en que se aplicaban”¹⁰⁰. Cada individuo recibía un número que coincidía con el de la letrina que se le había asignado. Para agilizar el proceso manteniendo el orden y control, todos los números estaban inscriptos en grandes chapas de bronce, fáciles de leer a la distancia. El mismo número se daba a cada uno de los cultivos y se registraba en una lista. Todas las deposiciones eran recogidas en las letrinas y transportadas a un pabellón donde se sembraban los cultivos en frascos que facilitaban la operación.

Este modelo de frascos (...), nos permitía operar con rapidez por su estabilidad dada su base ancha (165), la amplitud de la abertura que dejaba introducir con facilidad el ansa de platino cargada y sobre todo, el poco espacio que ocupaba. Un ayudante ejercitado sembraba cien deposiciones por hora¹⁰¹.

⁹⁸ SALVADOR MAZZA, *op.cit.*, p. 162. Sobre Mazza y la enfermedad de Chagas (*Tripanosomiasis Cruzi*) ver JOBINO SIERRA IGLESIAS, *Salvador Mazza, redescubridor del Chagas*, San Salvador de Jujuy, Universidad Nacional de Jujuy, 1993. NORMAS SÁNCHEZ, FEDERICO PERGOLA y MARÍA R. DI VIETRO, *Salvador Mazza y el archivo ‘perdido’ de la MEPRA. Argentina, 1926-1946*, Buenos Aires, El Guión Ediciones, 2010. JUAN ZABALA, *Producción y uso de conocimientos científicos vinculados a la enfermedad de Chagas. Argentina, 1915-2000*, Buenos Aires, FLACOS, 2007, pp. 98-119.

⁹⁹ MARCOS CUETO, *op.cit.*, p. 12.

¹⁰⁰ SALVADOR MAZZA, *op.cit.*, p. 163.

¹⁰¹ *Ibidem*, pp.162-163.

Utilizando un lenguaje médico neutro, Mazza comparaba la efectividad de los análisis de los pasajeros con los estudios efectuados en cadáveres:

Hemos recurrido a estos procedimientos por considerar de acuerdo con las conclusiones del comité internacional de higiene pública de París que los resultados obtenidos con pequeñas cantidades extraídas del recto con sondas o ansas, tanto en individuos vivos como en cadáveres, son sumamente discutibles... En general nunca hubo dificultades para obtener las muestras. El grupo que debía analizarse era avisado por la noche y en la mañana del día siguiente, bien temprano, desfilaban por los servicios¹⁰².

El carácter científico del proyecto justificaba las estrategias adoptadas. El trabajo sobre el lazareto publicado por Mazza también daba detallada información de los métodos utilizados, de modo que, de acuerdo con la práctica establecida, los experimentos pudiesen ser repetidos y corroborados en el futuro. Con un ojo puesto en las dificultades de implementación práctica, Mazza también abundaba sobre la falta de ciertos productos y la posibilidad de reemplazarlos por otros. De este modo explicaba:

En los últimos tiempos, como se hubieran agotado las existencias en plaza de Peptona Witte empleamos en su lugar la de Merck, de Darmsland, pudiendo verificar, por ensayos comparativos practicados sobre más de 3000 exámenes, hechos simultáneamente con las dos marcas, que los resultados eran los mismos¹⁰³.

Para Agote, sin embargo los análisis carecían de valor científico ya que la mezcla de bacilos en la flora intestinal hacía muy difícil un resultado bacteriológico seguro. Por ello no sólo defendía con gran energía a quienes sufrían este tratamiento, sino que también se conmisera del destino de los médicos del laboratorio a quienes se imponía una responsabilidad que, en realidad, no podían satisfacer¹⁰⁴.

¹⁰² *Ibidem*, pp. 163-164.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 168.

¹⁰⁴ *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Sesión N° 58. 2 de noviembre de 1910, p. 62.

Estos extremos de investigación, que, como ya digo, son una verdadera novedad, que hay procedimientos mucho más positivos o por lo menos tan positivos, que no son absolutamente vejatorios y que tienen hasta la propiedad de ser elegantes, como decimos en medicina, cuando encontramos un procedimiento fácil al alcance de todo el mundo y que no hiere a nadie¹⁰⁵.

A pesar de que según Mazza todo el procedimiento se realizaba de manera sumamente ordenada demostrando el progreso científico y administrativo del país. El sistema duró, sin embargo, sólo un corto tiempo. Para 1912 Mazza había abandonado su trabajo en el laboratorio de Martín García y aunque éste se utilizó aún por unos pocos años para la producción de sueros, el lazareto pronto quedó destinado únicamente para uso militar¹⁰⁶. Mazza también nos sugiere que el DNH afrontaba un problema presupuestario en Martín García ya que, con cierto ingenuo orgullo, explica que no había sido necesario incurrir en gastos adicionales dado que para la estación bacteriológica se habían aprovechado los materiales y el personal del antiguo lazareto.

Penna, por su parte, era aún más explícito al revelar las deficiencias contra las que luchaban:

No existe propiamente hablando el Lazareto de Martín García, aquello es una ruina... el Puerto de la Capital... dispone de los elementos e instalaciones suficientes como para efectuar un servicio no del todo completo y de acuerdo con la magnitud del movimiento; porque la visita misma y la desinfección en la Rada están sujetas a la eventualidad del buen o mal tiempo que permita las operaciones sanitarias. Se dispone también del Lazareto de Martín García, cuyo estado no puede ser más deficiente y de tres vaporcitos auxiliares, además del pequeño hospital flotante¹⁰⁷.

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 63.

¹⁰⁶ LUIS AQUINO, "El Profesor Doctor Rodolfo Kraus", en: *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, Buenos Aires, Año XXI, N° 235-236, marzo-abril, 1921, p. 2.

¹⁰⁷ JOSÉ PENNA, "Reorganización del Departamento Nacional de Higiene", *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Vol. XVIII, N° 1, enero-feb., 1911, pp. 9 y 12

El tono negativo de las palabras de Penna, sin embargo, no deben llevarnos a error. El director del DNH no hablaba con amargura sino que buscaba ampliar las atribuciones y los fondos de la organización que presidía. Sus esfuerzos habían rendido los frutos esperados al contener no sólo a la epidemia sino al pánico popular. La eficiencia y responsabilidad de las autoridades sanitarias habían quedado demostradas; la ciencia argentina también había ganado un nuevo galardón. Los esfuerzos y la dedicación de funcionarios como Penna y Mazza no sólo eran ejemplo de lo que la ciudadanía podía esperar tanto de sus líderes como de la ciencia moderna.

CONCLUSIÓN

Al cumplirse el primer centenario de la Revolución de Mayo, la Argentina contemplaba ante sí las promesas pero también los conflictos asociados con la modernidad. El crecimiento económico y el avance científico y técnico sostenían la confianza de los grupos dirigentes que esperaban ver a la república embarcada en un proceso de progreso constante. Pero los beneficios de este desarrollo, que no se distribuían equitativamente, generaban nuevos desafíos sociales y políticos. La elite que asumió el poder en octubre de 1910 era consciente de que la superación de estos problemas requería atender a los reclamos y demandas de la oposición. Buscando afianzar la legitimidad y el poder del estado, el presidente Roque Sáenz Peña y los hombres de su entorno promovieron la reforma electoral. Al mismo tiempo procuraron mostrar a su administración como eficiente y atenta a las necesidades de la población. No hay duda que esta decisión no llevó a la completa transparencia y apertura política pero también es cierto que ella cambió las reglas de participación ciudadana.

La campaña contra el cólera de 1910 sugiere que las políticas de salud no sólo simbolizaron los problemas que afrontaba el país y las estrategias utilizadas para contenerlas sino que ofreció, a la vez, un vehículo para la consolidación del estado. Los estallidos de cólera de comienzos de los setenta, de mediados del ochenta y de 1894-1895 promovieron el desarrollo de nuevas estrategias de control epidémico. También impulsaron las medidas institucionales necesarias para hacer efectivas estas políticas.

La llegada de la enfermedad a bordo del *Araguaya* era, como en los casos de las epidemias anteriores, resultado del incremento en el número y velocidad de los contactos internacionales. Pero en 1910, los expertos a car-

go del cuidado de la salud esperaban que, esta vez, la bacteriología les permitiese detener al mal por completo. Con absoluta fe en los descubrimientos de Roberto Koch, y en la experiencia de las generaciones de higienistas de décadas pasadas, en 1910 el DNH también disfrutó de un músculo político y administrativo comparativamente fuerte, habían instalado establecimientos adecuados de aislamiento.

Para José Penna, el director del DNH, las epidemias coléricas del siglo XIX habían demostrado además, que gran parte del éxito de las campañas sanitarias residía en impedir la introducción subrepticia del cólera desde Europa. Y por ello todos coincidían que debía ponerse la mayor atención en los inmigrantes que llegaban a nuestros puertos. A fines del siglo XIX Penna se lamentaba de no poder identificar a cada individuo que portase el cólera antes de que diseminase el mal. Los análisis bacteriológicos parecían ofrecer, en 1910, una nueva posibilidad de alcanzar este fin. Y este fue el objetivo del laboratorio de Martín García.

Jóvenes profesionales como Salvador Mazza estaban orgullosos de los logros científicos, técnicos y administrativos alcanzados por el país. Hombres más experimentados, sin embargo, veían las limitaciones que estas estrategias encerraban. Para Luis Agote, que se había desempeñado en el lazareto de Martín García con anterioridad, los métodos modernos constituían un atentado contra la integridad de personas sanas. Para Penna y Mazza, en cambio, los avances científicos no sólo constituían el camino hacia el mejoramiento de la salud pública, sino también para la defensa nacional. En este sentido la campaña anticólera de 1910 también reflejó las contradicciones y límites que el sueño del progreso constante encerraba.