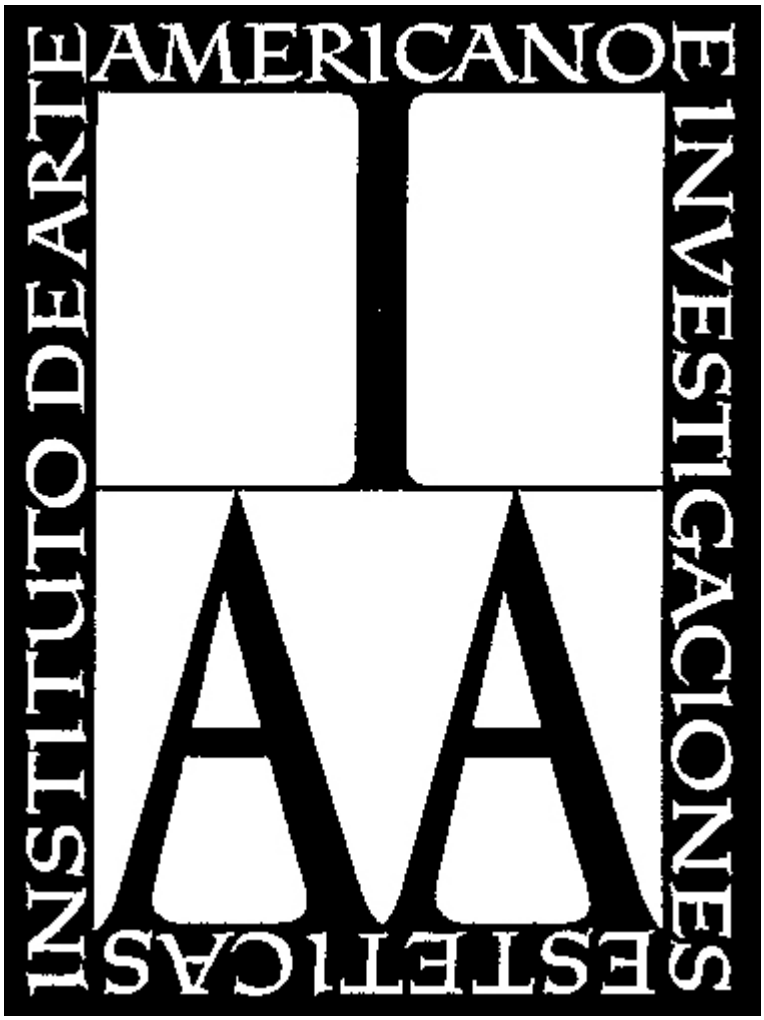
SEMINARIO DE CRITICA – AÑO 2021



N°244

"Del aislamiento a la desinfección. Transformaciones de la profilaxia en la ciudad de Buenos Aires a fines del siglo XIX"

Autora: Mgr. Arq. Matías Ruíz Díaz.

Comentaristas:
Arq. Agustín Lanfrit (HiTePAC-FAU-UNLP)
Dr. Arq. Mario Sabugo (IAA FADU UBA)

Viernes 26 de noviembre de 2021 - 12:30 hs.

ABSTRACT

En este trabajo se presentan una serie de avances correspondientes a la tesis doctoral en curso del autor, en la que se indaga en la conformación del sistema sanitario portuario de la ciudad de Buenos Aires y su rol en la definición del medio urbano en su dimensión social y espacial, en el periodo 1868-1911. Dicho sistema estaba centrado principalmente en evitar la entrada de las enfermedades denominadas *exóticas*, como la fiebre amarilla, el cólera o la peste. Para este seminario en particular, proponemos abordar un momento clave de ese proceso consistente en la transformación de dicho sistema a fines del siglo XIX, al cual hemos denominado "del aislamiento a la desinfección". Como hipótesis de trabajo planteamos que la aplicación de la desinfección tuvo un correlato urbano al extenderse más allá del área portuaria, llegando a lazaretos, hospitales y a la vez definiendo nuevos programas arquitectónicos Podemos inscribir este trabajo dentro del reciente campo de estudios interdisciplinarios denominado *quarantine studies*, el cual plantea múltiples líneas de investigación en relación a la experiencia cuarentenaria. Como aporte a este campo, en este trabajo nos proponemos observar estos nuevos programas arquitectónicos prestando especial atención a las novedosas prácticas que suponían, las resistencias que manifestaron, sus lógicas de implantación en relación con otras "máquinas higiénicas" y cómo estas contribuyeron a definir diferentes sectores urbanos de la ciudad de Buenos Aires.

DEL AISLAMIENTO A LA DESINFECCIÓN. TRANSFORMACIONES DE LA PROFILAXIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES A FINES DEL SIGLO XIX.

Introducción

En este trabajo se presentan una serie de avances correspondientes a la tesis doctoral en curso del autor, en la que se indaga en la conformación del sistema sanitario portuario de la ciudad de Buenos Aires y su rol en la definición del medio urbano en su dimensión social y espacial, en el periodo 1868-1911. Dicho sistema estaba centrado principalmente en evitar la entrada de las enfermedades denominadas *exóticas*, como la fiebre amarilla, el cólera o la peste. Para este seminario en particular, proponemos abordar un momento clave de ese proceso consistente en la transformación de dicho sistema a fines del siglo XIX, con especial énfasis en su correlato urbano y arquitectónico. Hasta ese momento estas medidas sanitarias consistían principalmente en la aplicación de cuarentenas para el aislamiento de casos sospechosos --fueran personas u objetos-- por un tiempo determinado en un espacio denominado lazareto. Los lazaretos tuvieron múltiples formas, pudiendo estar ubicados en islas o sectores urbanos alejados prudencialmente de los centros de población, como también barcos en desuso adaptados a tal fin. Pero en las últimas décadas del siglo XIX, esto comenzó a cambiar dándole lugar a nuevas prácticas ligadas al avance del conocimiento científico, en especial de la bacteriología. En ese contexto la desinfección comenzó a tomar relevancia como el método que permitía evitar la entrada de agentes patógenos del puerto a la ciudad.

La desinfección como práctica sanitaria no era nueva, sin embargo, médicos y particulares la llevaban adelante como una práctica heredada, de generación en generación, sin tener demasiadas certezas sobre la acción real de un agente químico sobre las causas de las enfermedades. Pero a fines del siglo XIX, la bacteriología como parte de la microbiología comenzó a poder señalar con mayor precisión a aquellas especies bacterianas que provocaban algunas de las enfermedades más temidas y combatidas a nivel global. A pesar de esto, y como todo nuevo paradigma, la incorporación y transformación de esos saberes en medidas sanitarias concretas llevó un tiempo y debió enfrentar las resistencias del paradigma médico anterior, asociado a la teoría miasmática. En distintos encuentros médico-diplomáticos veremos cómo lentamente la desinfección fue ganando lugar como el medio científico que permitía mantener los intercambios comerciales en forma segura, aplicando un protocolo afín con la llegada de los barcos a puerto y evitando las delaciones que la antigua cuarentena planteaba. Observar estos encuentros no tiene como único fin “contextualizar” esta problemática. Por el contrario, afirmamos que las políticas sanitarias no fueron formuladas únicamente dentro de los límites del Estado nacional, sino que por el contrario fueron definidas y redefinidas en espacios de

vinculación y diálogo con otros. Por lo tanto, explicar este fenómeno necesariamente requiere alternar entre diferentes escalas para observar el impacto de lo internacional en lo local y de lo local en lo internacional.[1]

Como hipótesis de trabajo planteamos que la aplicación de la desinfección tuvo un correlato urbano al extenderse más allá del área portuaria, llegando a lazaretos, hospitales y a la vez definiendo nuevos programas arquitectónicos. Dichos programas, que no habían sido vistos en nuestro país y que se dieron en forma casi simultánea con importantes ciudades europeas han sido poco abordados por la historiografía local, a pesar de haber configurado una parte importante de un nuevo sistema sanitario urbano de Buenos Aires, y que progresivamente sustituyó a las cuarentenas en el cambio de siglo. En efecto, la transformación de los lazaretos al incorporar dispositivos técnicos no ha sido suficientemente estudiada en los escasos trabajos que han abordado dichos establecimientos, dentro de los cuales se destaca el de Adriana Álvarez como prácticamente el único que los ha elegido como objeto de estudio.[2] En forma reciente, Lukas Engelmann y Christos Lynteris han afirmado que las historias de la fumigación, desinfección y cuarentena convergieron a fines del siglo XIX en una única configuración que denominaron "utopía sulfúrica" (*sulphuric utopía*), entendida como el deseo de devolver el medio ambiente construido, afectado o infectado por una enfermedad, a un estado de pureza higiénica mediante un proceso de sanitización basado en la química.[3] Para estos autores, esa "utopía tecnocientífica" en nuestro país se corporizó a principios del siglo XX en la utilización del "Aparato Marot", como instrumento técnico de desinfección urbana. Sostenemos que esa afirmación debe matizarse para el caso de Buenos Aires considerando limitaciones económicas y ciertas resistencias observadas ya a fines del siglo XIX. A la vez, la dicotomía entre construir instalaciones provisorias o permanentes que también estuvo presente en otros programas de aislamiento, como cárceles y asilos, también se hizo presente y representó una problemática en este campo.[4] Más notoria ha sido la diferencia entre edificios proyectados y construidos que, si bien pueden dar cuenta de un impulso modernizador, claramente su permanencia en el papel determinó un límite en el desarrollo pleno del sistema sanitario en general y los servicios de desinfección.

Podemos inscribir este trabajo dentro del reciente campo de estudios interdisciplinarios denominado *quarantine studies*[5], el cual plantea múltiples líneas de investigación en relación a

[1] Lopez Duran (2009); Otero (2014).
[2] Álvarez (1999).
[3] Engelmann; Lynteris (2020): X.
[4] Ver Ruiz Diaz (2018).
[5] Quarantine Studies Network. https://quarantinestudies.wordpress.com/

la experiencia cuarentenaria. Como aporte a este campo, en este trabajo nos proponemos observar estos nuevos programas arquitectónicos prestando especial atención a las novedosas prácticas que suponían, las resistencias que manifestaron, sus lógicas de implantación en relación con otras "máquinas higiénicas" y cómo estas contribuyeron a definir diferentes sectores urbanos de la ciudad de Buenos Aires.

1. Conferencias europeas y americanas. El avance de la bacteriología.

En 1886 una importante epidemia de cólera ocurrió en Buenos Aires. A diferencia de la más conocida epidemia de fiebre amarilla de 1871, este suceso tuvo menores consecuencias si consideramos el número de víctimas fatales, por lo cual no es tan recordado como parte de la historia de la ciudad de Buenos Aires. Aun así, podemos afirmar que esta epidemia tuvo repercusiones a diferentes escalas que resultan pertinentes para este trabajo.

Es posible situar este evento dentro del quinto ciclo pandémico del cólera que, al igual que el cuarto, se presentó tanto en Europa como en América.[6] A diferencia del anterior, cuya duración fue relativamente corta (1866-1868), este quinto ciclo se extendió durante más de una década (1881-1896) afectando a diferentes partes del globo.

En respuesta, dos Conferencias Sanitarias fueron organizadas a uno y otro lado del Atlántico para abordar esta problemática. En efecto, desde 1851 distintos encuentros médico-diplomáticos se desarrollaron en Europa con el fin de lograr acuerdos internacionales en lo referido a medidas de contención contra las enfermedades infecciosas. Es importante aclarar que la finalidad de estas reuniones no era discutir teorías médicas y consensuarlas, sino compatibilizar, hasta cierto punto, esos conocimientos para destrabar conflictos políticos y económicos entre ciudades comercialmente vinculadas. Era posible que esos acuerdos logrados no fueran ratificados con fuerza de ley por los países participantes. Abordaremos brevemente el sexto de estos encuentros, para observar el tipo de conflictos a los que nos referimos, los intereses en juego y el tipo de acuerdos logrados.

En mayo de 1885 tuvo lugar la sexta Conferencia Sanitaria Internacional europea cuya sede fue la ciudad de Roma. El encuentro fue convocado por el gobierno italiano luego de la reaparición y propagación del cólera a partir de un brote en Egipto dos años antes.[7] Equipos de investigación

[6] Fiquepron identifica seis grandes ciclos pandémicos del cólera. El primero de 1817 a 1823 inició en la India y afecto al continente asiatico; el segundo , 1826 a 1837, alcanzó también a Europa Occidental y el norte de África; el tercero, 1841 a 1863, siguió un curso similar pero también sumó distintas zonas de centroamérica; el cuarto, 1866a 1868, atacó a todas las áreas mencionadas y apareció con gran fuerza en Brasil, Argentina, Uruguay y Paraguay; el quinto, 1881-1896, generó serios problemas en América del Sur pero tuvo un menor alcance en América del Norte y Europa; finalmente el quinto ciclo ,1899 a 1926, se limitó a India, Medio Oriente y Rusia. Fiquepron (2020): 51.

[7] Howard- Jones (1975): 54.

de Francia y Alemania fueron enviados allí para investigar las causas. Dentro del equipo alemán se encontraba Robert Koch, quien venía desarrollando diferentes estudios dentro del reciente campo de la bacteriología, tendientes a identificar y aislar los microorganismos causantes de diferentes enfermedades. Como parte de la comitiva alemana logró aislar la bacteria que provocaba la enfermedad. Con estos hallazgos regresó a Berlín en 1884, donde sus teorías tuvieron una gran recepción y fue ampliamente condecorado por su investigación.[8]

En la Conferencia Sanitaria Internacional de Roma, Koch fue elegido parte de la comitiva que representaría a Alemania, pero su participación durante el encuentro fue muy limitada. Fuera de su país su teoría sobre las causas del cólera era ampliamente discutida, lo cual reflejaba los límites en la aceptación de los preceptos teóricos de la bacteriología y del reciente campo de estudio de la microbiología como parte de la disciplina médica.

Durante la Conferencia Sanitaria de Roma se evitó deliberadamente discutir sobre la naturaleza y la forma de transmisión del cólera, sobre lo que no había acuerdo, especialmente por parte de los delegados de Gran Bretaña y de la India que se presentaron como naciones separadas a pesar del control británico sobre dicho territorio. Al igual que en conferencias anteriores, su principal preocupación era evitar los controles sanitarios que el resto de los participantes buscaban imponer a sus embarcaciones que atravesaban el Canal de Suez. En ese momento más del 70% de los barcos que atravesaban el canal eran británicos y en su mayoría provenían de Bombay, el puerto más importante de la India, de donde importaban algodón y lana.[9] La aplicación de restricciones los afectaba sustancialmente. En la votación fue aprobada la propuesta que planteaba que, si durante la travesía por el canal se detectaban casos de cólera a bordo, se debería desembarcar a los pasajeros, aislarlos y separarlos en grupos para controlar la evolución de la enfermedad durante cinco días.

Gran Bretaña se negaba rotundamente a desembarcar pasajeros en los lazaretos egipcios, a los que calificaban de sucios y descuidados. La cuarentena de cincos días además representaba una pérdida casi total del tiempo ganado mediante el Canal de Suez, en el cual Gran Bretaña había invertido un gran capital. Desde mediados de la década de 1870, la política sanitaria británica había prácticamente abolido las cuarentenas, aunque nunca las había puesto en práctica con el mismo rigor que el resto de los países del sur de Europa. Por el contrario, el denominado *English System*, prefería recibir a todas las embarcaciones en sus puertos y aplicar una inspección exhaustiva pudiendo enviar a los enfermos detectados al hospital y aislar solo a los casos

[8] La bacteria había sido aislada previamente por el anatomista Filippo Pacini en 1854 pero su trabajo no tuvo una gran recepción y su difusión fue muy limitada. Se presume que Robert Koch ignoraba la investigación de Paccini.

[9] Howard- Jones (1975): 56.

sospechosos. Así, este sistema restaba importancia al puerto de origen de las embarcaciones y su estado sanitario, criterio fundamental en el sistema de cuarentena tradicional, y solo las retenía el tiempo que demandaba la inspección y la desinfección necesaria.[10]

A pesar de los avances de Robert Koch, las cuarentenas seguían siendo el mecanismo de prevención de entrada de las enfermedades aplicadas con menor o mayor rigor en las principales ciudades portuarias, aunque la intención general progresivamente iría inclinando la balanza hacia un sistema mixto, entre las cuarentenas y el *English System*. Además, el descubrimiento de las causas de la enfermedad no modificaba la necesidad de aislar a las personas contagiadas.[11]

Al igual que en Europa, en Sudamérica también se convocó a una conferencia para tratar el problema del cólera. La epidemia de 1886 no solo atacó a Buenos Aires sino también a Montevideo, donde produjo un brote de similares proporciones. Frente a esto Brasil tomó la decisión el 13 de noviembre de 1886 de cerrar sus puertos a todos los barcos de la Argentina y de cualquier otro en que se presentaran casos de cólera. En diciembre estableció cuarentenas obligatorias de 15 días en su lazareto situado en Ilha Grande para los navíos de Argentina y Uruguay.[12] Esto tuvo un gran impacto en la economía de la región, en especial en lo que respecta a la exportación de carne de charque argentina y fundamentalmente uruguaya al Brasil, su principal consumidor que importaba entre el 62% y el 85% de lo que la República Oriental producía. Argentina por su parte había logrado diversificar los productos que exportaba, incorporando a la creciente industria lanera la exportación de carne bovina a Europa mediante nuevos barcos frigoríficos. El impacto de las restricciones de Brasil en el balance de la economía argentina era importante, aunque menor.

Argentina, Brasil y Uruguay ya habían tenido un primer encuentro en 1873, en el que llegaron a una serie de acuerdos básicos para un reglamento sanitario compartido que luego no fue ratificado por los gobiernos, pero fue parcialmente respetado por las autoridades sanitarias de los tres países.

Ante las medidas impuestas por Brasil se iniciaron los diálogos para un nuevo encuentro internacional para permitir así la continuidad de los intercambios. Tan relevante era el tema que se definió una comisión específica, compuesta por dos médicos brasileños y un farmacéutico uruguayo, para estudiar si la carne de charque era efectivamente un posible vehículo transmisor del cólera. Se sospechaba además que, detrás de las restricciones, había una intención proteccionista por parte del Imperio de su propio mercado interno, en especial de la producción

[10] Bonastra Tolos (2018): 21; Baldwin (1999): 27.
[11] Harrison (2012): 172.
[12] Lima Chaves (2009): 126.

de charque de Rio Grande do Sul, que era de menor calidad que la platense y resultaba beneficiada con la eliminación de la competencia.[13]

Este no era el único tema por resolver, las medidas de cierre adoptadas por Brasil afectaban negativamente los planes de captación de inmigración implementadas tanto por Argentina y Uruguay. Ante el riesgo de arribar a ciudades donde estaba presente una enfermedad epidémica los inmigrantes podían tender a optar por las ciudades brasileñas como su destino final.

Este evento nos permite introducirnos en las primeras "experiencias bacteriológicas" en la región, que tuvieron vistas de definir conflictos en materia sanitaria internacional. Y es que, ante la negativa de Brasil de levantar la suspensión, el farmacéutico uruguayo José Arechavaleta inició una investigación sobre la carne de charque en el recientemente inaugurado laboratorio bacteriológico de la Facultad de Medicina de Montevideo, creado por él. Con importantes conexiones con las asociaciones rurales del Uruguay, Arechavaleta realizó dos experiencias sobre la carne de charque, rociándola con caldo que contenía el *bacillus vírgula* descubierto por Koch. Arechavaleta concluyó que la carne no ofrecía un ambiente propicio para la multiplicación y propagación del bacilo por tratarse de un medio orgánico ácido.[14]

Estas conclusiones fueron parcialmente aceptadas en Brasil. Por un lado, el representante de la Academia Imperial de Medicina, Joao Batista Lacerda, se volcaba a aceptar esos hallazgos como válidos. Pero el Inspector de Salud de Puertos, Nuno de Andrade, quien había propuesto el cierre a la importación de carne platense, se basaba en las investigaciones de Koch para afirmar que, contrariamente a la hipótesis de Arechavaleta, los cultivos de *bacilus vírgula* hallaban en un medio orgánico ácido el ambiente propicio para su multiplicación. Además, fuera de esta diferencia particular, Lacerda reconocía que no estaba totalmente comprobado que dicha bacteria fuera la causante del cólera. Como vemos las mismas dudas sobre la etiología de la enfermedad estaban presentes a uno y otro lado del Atlántico. Las medidas restrictivas fueron finalmente levantadas en julio de 1887 pero el conflicto diplomático fue tal que la problemática fue retomada en noviembre, durante la Convención Sanitaria Internacional con sede en Río de Janeiro.

Para comprender la postura argentina durante ese encuentro, resulta pertinente observar previamente el *Informe sobre Lazaretos y Hospitales de Aislamiento*, realizado por Bartolomé Novaro como miembro de la Comisión Sanitaria Nacional y publicado en mayo de 1887. Para estas fechas, Novaro ya era un reconocido profesional que en 1883 ejerció la presidencia del Círculo Médico Argentino y era frecuente columnista en su publicación oficial, los *Anales del*

[13] Lima Chaves (2009): 145.
[14] Lima Chaves (2009): 145.

Círculo Médico Argentino. Además, a partir de 1884 fue Profesor Titular de Medicina Operatoria y en 1890 sería elegido diputado por la Capital Federal.[15] En su informe, publicado en los *Anales* antes mencionados, Novaro bregaba por la adopción urgente de medidas de higiene frente a la invasión repetida de enfermedades exóticas y transmisibles. Pero a diferencia de las prácticas llevadas adelante por las autoridades sanitarias, Novaro afirmaba que dichas medidas debían estar:

"(…) fundadas en gran parte sobre los hechos de la bacteriología, así como sobre pacientes, estadísticas y numerosas observaciones hechas en distintos puntos del globo (…)" y "(…) no consisten en la clausura absoluta de los puertos para los buques infestados o procedentes de los países infestados, ni en la suspensión completa de toda comunicación entre las localidades inmunes y las contaminadas".[16]

Aseguraba Novaro que un país civilizado no debía tener leyes tan inhumanas que implicaran el aislamiento estricto de la totalidad de los pasajeros y tripulantes de un buque (cuarentenas de rigor), o que encerraran a los habitantes de una localidad azotada (cordones sanitarios). Esas leyes eran contrarias a la dignidad del hombre, su libertad y el progreso individual y social. Como alternativa el médico proponía un sistema conceptualmente similar al *English System* que consistía en aislar únicamente a los atacados de una enfermedad contagiosa, a los que ya se han expuesto al contagio, y en la desinfección de todo lo que puede servir de vehículo a los gérmenes contagiosos, permitiendo que todos aquellos que no hayan sido afectados pudieran circular libremente.[17] Para el autor era Inglaterra la que podía ofrecernos más enseñanzas en esta materia aunque sus condiciones naturales, en especial su clima frío y su característica insular, dificultaban el poder trasladar su experiencia en forma directa a nuestras latitudes. Por lo tanto, debía poder desarrollarse un sistema de reglas más acorde a nuestro territorio, procurando resolver aislamiento y desinfección en tres espacios diferentes: los puertos, la capital y las provincias del interior.[18]

En lo referido a los puertos, la propuesta continuaba favoreciendo la instalación de lazaretos en islas ubicados a una distancia necesaria o, en caso contrario, sustituirlos por lazaretos flotantes construidos a tal fin y ubicados aguas abajo de las ciudades a las cuales sirvieran. Aquellos puertos nacionales conectados con Europa, pero con un movimiento limitado, como La Plata, Campana, San Nicolás o Rosario deberían tener dos buques, uno destinado a lazareto flotante de observación/desinfección y otro destinado a hospital. Los puertos de mayor importancia

[15] http://www.fmv-uba.org.ar/galeria-de-profesores/profesores.asp
[16] *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887): 171.
[17] *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887): 173.
[18] *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887): 174.

como el de Buenos Aires debían hacerse de instalaciones sanitarias a gran escala, sin reparar en gastos, considerando lo que una epidemia suponía para la ciudad. En este caso particular, el informe recomendaba que el puerto de la capital afectara para lazaretos a un hospital flotante dividido en varias salas y a la Isla Martin García, que ya había oficiado como lazareto utilizando instalaciones provisorias.

En el primer caso se sugería como modelo el vapor de doble casco *Castalia*, hospital flotante adquirido y adaptado en 1884 por el *Metropolitan Asylum Board,* la autoridad sanitaria británica*,* para servir como hospital de variolosos graves en el puerto de Londres luego de dos brotes epidémicos, uno sucedido en 1870 y otro en 1880 (**Figura 1**). Dicha adaptación consistió en la remoción de ambos motores y paletas, lo que permitió dividir al hospital en dos partes con cinco salas cada una, siendo aquellas construidas sobre la cubierta las más fácilmente aislables. En total el *Castalia* tenía capacidad para 150 camas para pacientes mujeres, 80 en el denominado *Lower Hospital* y 70 en el *Upper Hospital*.

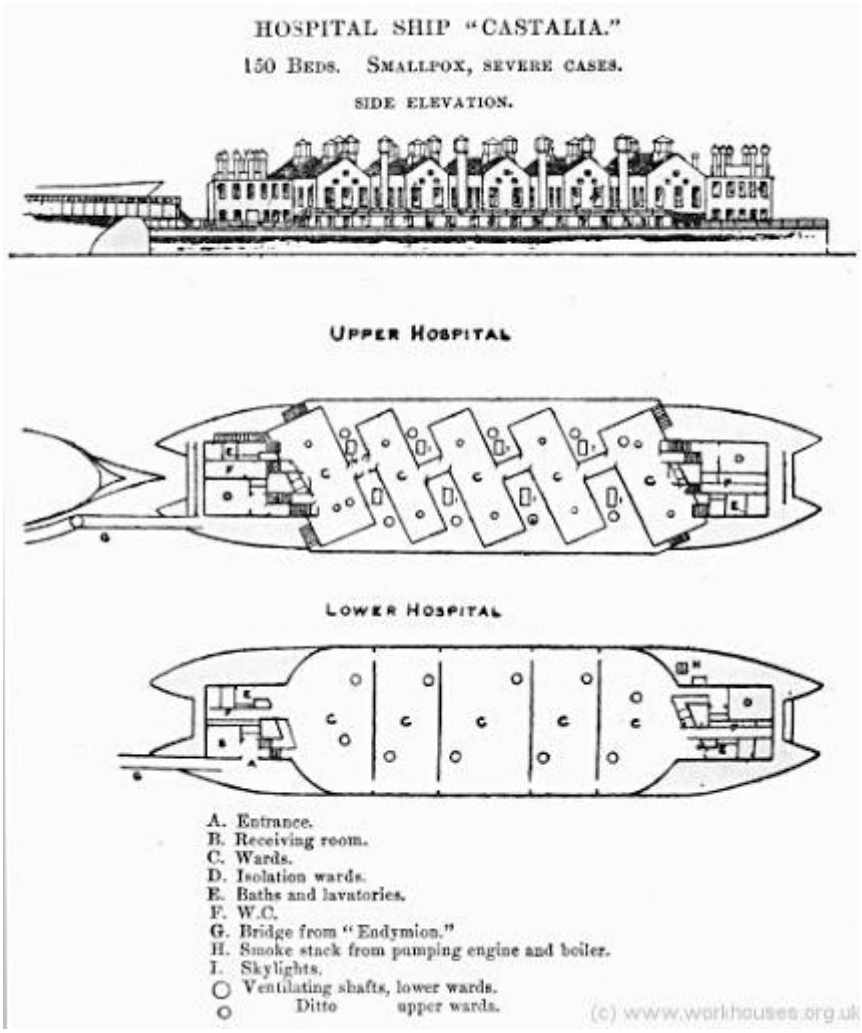


Figura 1: Esquema del Hospital Flotante "Castalia". Fuente: Higginbotham (2016).[19]

[19] http://www.workhouses.org.uk/MAB-HospitalShips/

El *Castalia* era el tercero de tres barcos adquiridos por las autoridades sanitarias londinenses, siendo los primeros dos el *Atlas* y el *Endymion.* El primero de ellos tenía una capacidad para 200 pacientes hombres, mientras que el *Endymion* era utilizado con fines administrativos. Las tres embarcaciones estaban vinculadas entre sí por puentes y configuraban una "unidad hospitalaria" ubicada cerca de Long Reach, a unos 25 kilómetros del London Bridge.

En cuanto a la Isla Martin García, el informe la reconocía como el único paraje con el que contaba la ciudad de Buenos Aires para erigir su lazareto fijo. Sus dimensiones permitían construir varios pabellones aislados, muchos de los cuales ya estaban en obra y podrían destinarse a hospitales de infecciosos. Lo que resultaba imperioso era la construcción de un departamento para la desinfección de los viajeros y el personal, que podía seguir el siguiente esquema tipo (**Figura 2**):

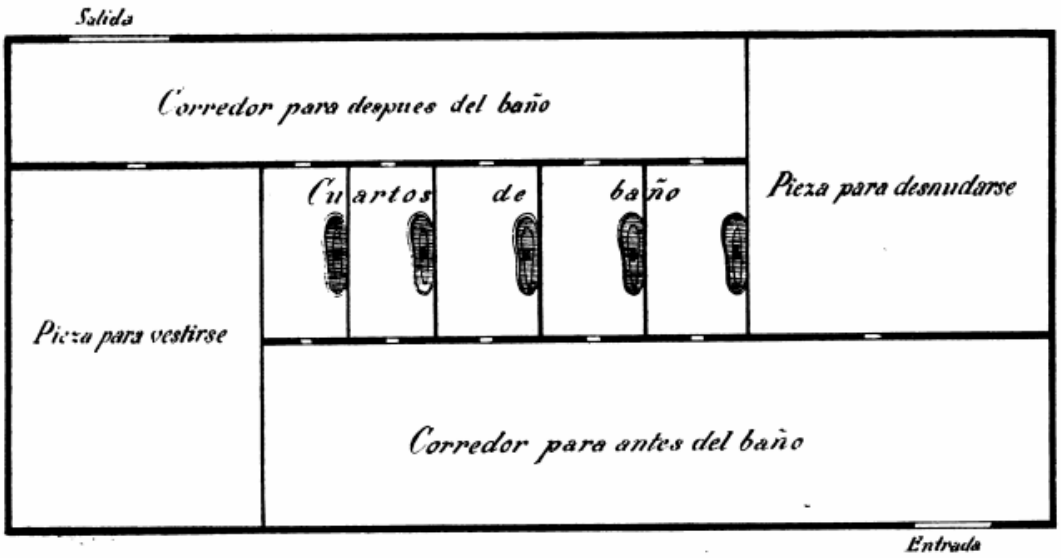


Figura 2: Esquema de departamento de desinfección para pasajeros del lazareto de Martin García. Fuente: *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887): 179.

Básicamente la idea consistía en que, luego del desembarco, los pasajeros ingresarían al edificio donde tendrían una primera pieza para desnudarse, pasarían luego a un corredor que los comunicaría con los cuartos de baño, para los cuales se había preparado una solución desinfectante a base de ácido fénico o bicloruro de mercurio. Terminado el baño se dirigirían a un corredor, análogo al anterior pero aislado del sector sucio y finalmente a una habitación para volver a vestirse donde encontrarían sus ropas ya previamente desinfectadas. Dicho proceso ocurriría en un espacio conceptualmente similar al que hemos mencionado (**Figura 3**).

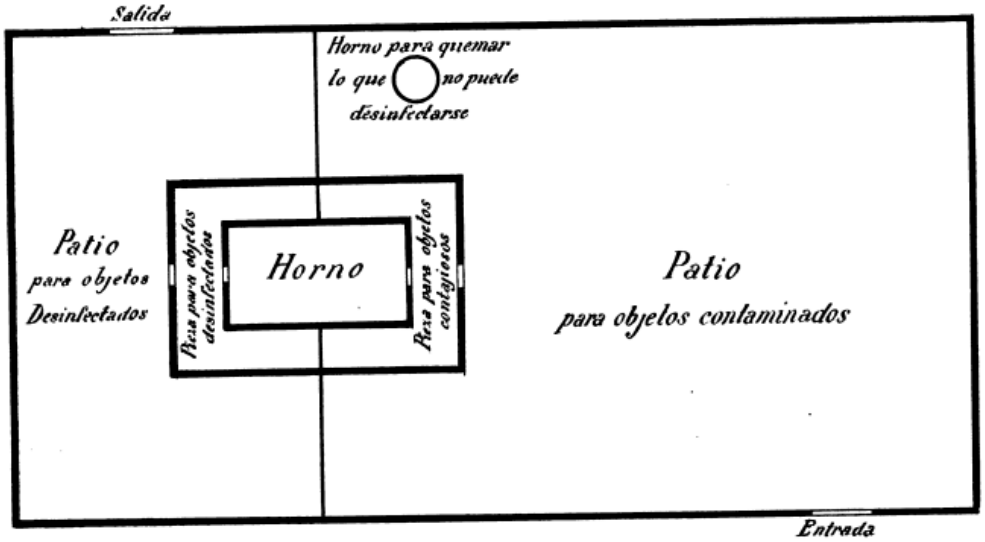


Figura 3: Esquema de departamento de desinfección para pasajeros del lazareto de Martin García. Fuente: *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887): 180.

Nuevamente se planteaban dos accesos independientes. El ingreso se vincularía con un primer patio para objetos contaminados donde se encontraría un horno de aire seco que se utilizaría para desinfectar los objetos, los cuales pasarían a un segundo patio donde se irían acumulando aquellos bienes ya esterilizados. En este primer patio también podría haber un segundo horno para quemar lo que no pudiera desinfectarse. Este sistema ya había sido puesto a prueba en Europa, no solo en Inglaterra, sino también en distintos establecimientos de Munich, Berlín y Bélgica entre otros.[20]

El trabajo de Novaro planteaba la idea de erigir un nuevo lazareto cercano al puerto de Bahía Blanca, estableciéndolo concretamente en la isla Zoraita, también conocida como Trinidad, que se destacaba por sobre las otras islas cercanas por sus generosas dimensiones y sus condiciones geográficas, aunque era necesario realizar trabajos de balizamiento para evitar que las embarcaciones quedaran varadas en los bancos de arena próximos. Si estas obras se realizaran las instalaciones de Martín García podrían ser reconfiguradas como lazareto de observación, siendo este nuevo establecimiento en Bahía Blanca el lazareto de rigor.

Cabía la posibilidad aún de que estas medidas de profilaxis no fueran efectivas, o que una enfermedad endémica recrudeciera en la ciudad, por lo que era necesario que Buenos Aires tuviera "hospitales a la moderna", no solo para el tratamiento de las enfermedades importables (fiebre amarilla y cólera), sino también para las consideradas locales (viruela, escarlatina, sarampión, difteria y tuberculosis). En estos hospitales debía darse el aislamiento colectivo, sin temor de creer que la aglomeración de un gran número de enfermos de un mismo mal

[20] *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887): 179. La fuente no especifica en que ciudades de Bélgica fue implementado este sistema.

necesariamente podía generar un foco de infección que luego se propagaría a los alrededores. Debía combatirse esta imagen de las "casas de aislamiento" como lugares donde "(…) la sociedad arroja inhumanamente a los enfermos para desembarazarse más pronto de ellos."[21] Siempre que las condiciones lo permitieran se debía optar por tener un hospital especial destinado a cada enfermedad contagiosa transmisible, ubicados en la periferia de la ciudad o lejos de ella. Si esto no fuera posible se debía seguir los ejemplos de los *Fever Hospitals* de Londres o Glasgow, de tipo pabellonal, que permitían fácilmente el aislamiento y sectorización del conjunto hospitalario según fuera necesario **(Figura 4)**.

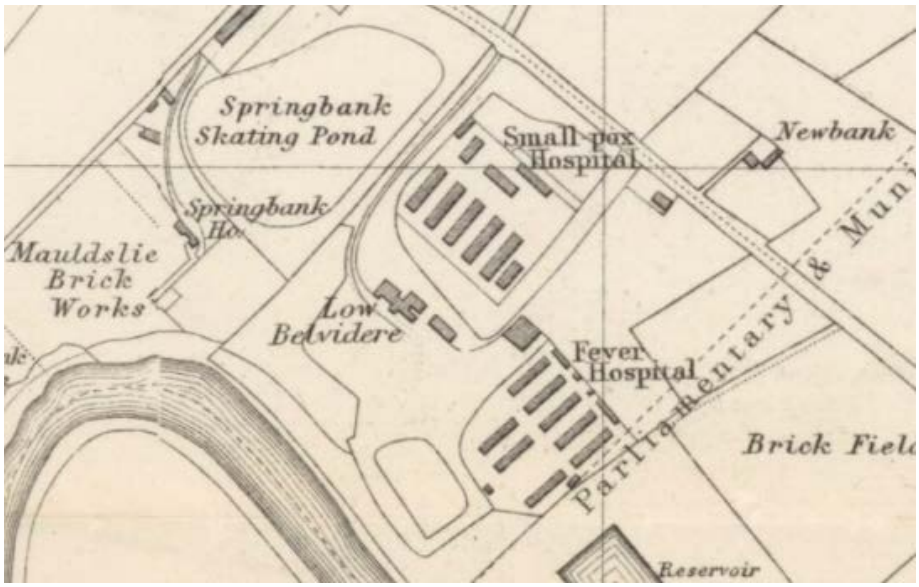


Figura 4: Planta de conjunto del Hospital Belvidere de Glasgow, aprox. en 1882. Fuente: Richardson (2016).

También en estos establecimientos la desinfección jugaría un rol central, debiendo realizarla tanto a los enfermos, sus ropas y al personal general; de manera de transformar los hospitales de aislamiento en "focos de desinfección de la enfermedad contagiosa".[22] Novaro iba más allá y sugería que la ciudad de Buenos Aires debía instalar establecimientos públicos de desinfección, situados convenientemente al alcance de toda la población. Las medidas de profilaxia, sostenía el médico, "(…) deben ser como grandes filtros que dejan pasar, más o menos libremente, al hombre y a todo lo que se refiere a las necesidades de su existencia, pero que retienen en cuanto es posible lo que parece más peligroso en las proveniencias y el medio que lo acompañan."[23] Por eso era importante que las provincias también contaran con los beneficios de este sistema, equipándose con departamentos de desinfección y hospitales de aislamiento, que podrían estar próximos a la vías férreas, con el fin de que los pasajeros provenientes de localidades donde

[21] *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887): 190.
[22] *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887): 188.
[23] *Anales del Círculo Médico Argentino* (mayo de 1887): 195.

estuviera presente alguna enfermedad, pudieran hacer una corta cuarentena mientras sus ropas y pertenencias fueran desinfectadas. Aunque durante gran parte del año el hospital estuviera vacío esto no debería ser visto como una mala inversión, sino como una muestra de la eficacia del sistema si es que este permitía aislar rápidamente los primeros casos de una enfermedad en dichas instalaciones sanitarias.

Si bien su finalidad es claramente diferente a la que perseguía la Convención Sanitaria Internacional, algunas de las propuestas de Novaro también abordaban la escala regional y una cuestión crucial, la prosecución o no de las cuarentenas como estrategia sanitaria. En su lugar, la desinfección aparecía claramente como protagonista fundamental para esta nueva etapa de la profilaxia en todas las escalas: portuaria, urbana y regional.

Como sucedió en Roma, las cuarentenas también fueron mantenidas por la conferencia americana, a pesar de que algunos profesionales médicos afirmaban que con los avances en bacteriología su función, y la de los lazaretos, prácticamente quedaba anulada. Sin embargo, como resultado de la negociación entre diplomacia y saberes científicos se optó por mantener la estrategia de evitar la entrada de las enfermedades al territorio. En consecuencia, se conservaban las cuarentenas en sus dos formas, observación y rigor, pero en plazos de tiempo relativamente más cortos – 8 días para el cólera, 10 para la fiebre amarilla y 20 para la peste.

En cuanto a la exportación de carne del Plata, la comisión técnica decidió realizar pruebas en el laboratorio de fisiología de Museu Nacional. En lugar de discutir solo en el campo teórico, el espacio de debate se trasladó al laboratorio para saldar las diferencias a través de la experimentación directa y conjunta. En paralelo se encargó a los laboratorios de Montevideo y de la Asistencia Pública de Buenos Aires que realizaran las mismas pruebas para tener ratificar los resultados externamente. El gobierno uruguayo, el más interesando en reactivar la exportación libre, le encomendó la misma tarea al laboratorio de Robert Koch en Berlín. Todas estas experiencias dieron el mismo resultado, la carne no oficiaba como vehículo para la transmisión del cólera, lo cual permitiría retomar los intercambios con libertad.[24]

Este evento significaba un reconocimiento para las instituciones sudamericanas que habían obtenido los mismos resultados que el que consideraban el laboratorio más avanzado de Europa. La experiencia valía además para asentar la confianza entre los estados participantes. Convalidar la metodología empleada por los respectivos laboratorios permitiría a futuro confiar en los resultados obtenidos de nuevas investigaciones particulares.

La comisión no logró los mismos avances al tratar el tema de la fiebre amarilla. A diferencia del origen del cólera, para el cual existía la hipótesis de Koch, el agente de transmisión de la fiebre

[24] Lima Chaves (2009): 184.

amarilla no había sido precisado. A pesar de esto, había un cierto consenso en que el cólera, la fiebre amarilla y la peste de Oriente podía transmitirse mediante el contacto con ciertos objetos. Nuevamente la desinfección aparecía como la mejor manera de prevenir esta forma de contagio. Debemos considerar que en la región ya se llevaban adelante fumigaciones utilizando distintas sustancias como el azufre, el cloro o vapores nitrosos. Pero su aplicación radicaba más en procedimientos empíricos que se transmitían de generación en generación que en pruebas concretas de que determinada sustancia era realmente eficaz frente a los vectores de contagio de una enfermedad específica. Además, la forma rudimentaria de aplicación no lograba sanear plenamente los lugares infectados.[25] Tanto desde el aspecto químico como desde el punto de vista técnico los procedimientos de desinfección dejaban mucho que desear. Como sostenía José Penna, "(…) actuaban más bien sobre la imaginación amedrentada del pueblo que sobre los agentes patógenos que las determinaban".[26]

Durante la conferencia se buscó un mayor grado de precisión sobre esta problemática. Se acordó que para las desinfecciones se debía utilizar calor húmedo mediante una estufa de vapor apropiada, cuyo modelo sería elegido por la autoridad sanitaria. Luego debían ser aireados para favorecer su desecación lo que suponían que provocaba la muerte del agente mórbido. Finalmente se señalaba el uso de agentes químicos cuya eficacia haya sido comprobada experimentalmente. En ese sentido la comisión "(…) rechazaba por inútiles e inconvenientes la práctica de fumigaciones de ácido sulfuroso, consideradas hasta hace poco tiempo, como medio de desinfección seguro y muy comúnmente empleadas".[27] Sin embargo, seguían sosteniendo a la fumigación para el caso de la fiebre amarilla por la ausencia de un vector de contagio definido. En relación con los lazaretos, la convención afirmaba la conveniencia de fundar lazaretos fijos en islas. A estos se sumaban lazaretos y hospitales flotantes en caso de epidemia que permitieran aislar los casos de enfermedades exóticas. Todas las instalaciones debían contar con estufas de desinfección por vapor de agua que se utilizarían en el momento de entrada de los cuarentenarios a las respectivas instalaciones. Los tres Estados se comprometían a convalidar las cuarentenas definidas por los otros, como así también a no recurrir a la clausura de puertos ni al rechazo de los navíos, cualquiera fuera su estado sanitario.[28] El reglamento también obligaba a las embarcaciones a contar con estufa de desinfección por vapor de agua y de los equipos de desinfección necesarios.

[25] Alvarez (1999): 311.
[26] Penna (1910): 142.
[27] Lima Chaves (2009): 190.
[28] Reglamento Sanitario Internacional correspondiente al año 1887. Archivo Histórico de la Cancillería. AH0033.

Contrario a lo que había sucedido al final de la Convención Sanitaria de 1873, el Reglamento Sanitario de 1887 fue ratificado por los gobiernos de los tres países y puesto en práctica al año siguiente, en 1888. Los congresos europeos recién lograrían un resultado similar en 1892.

2. La desinfección urbana

La práctica de la desinfección comenzó a tomar un mayor protagonismo para la prevención de la entrada de las enfermedades en el territorio, debiendo equiparse barcos, hospitales y lazaretos con estufas de desinfección a vapor de agua. Pero veremos que su real alcance fue mucho mayor, excediendo los limites de la sanidad portuaria y volviéndose parte de una estrategia urbana y arquitectónica. Como señalaba Penna "(…) el advenimiento de la doctrina bacteriana en la génesis de las enfermedades infecciosas ilustró a la ciencia sobre el verdadero valor de los microbios patógenos y sobre la importancia de la esterilización".[29]

En 1888, un año después del Congreso Sanitario, comenzó a funcionar en Buenos Aires un servicio de desinfección urbana dependiente de la Asistencia Pública, que se componía de seis cuadrillas, cada una contando con un capataz, tres peones y un cochero. Este servicio era esencial como complemento de la ordenanza municipal de declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas del 30 de junio 1887, que obligaba a los ciudadanos y a los médicos a notificar a las autoridades sobre los casos positivos.[30]

Si bien la declaración de enfermedades resultaba obligatoria, la desinfección no lo fue hasta agosto de 1892 cuando finalmente fue tratado el proyecto de ley, luego de reiterados pedidos de las autoridades municipales. A partir de su sanción se establecía que, ante casos de cólera, fiebre amarilla, viruela, difteria, escarlatina, fiebre tifoidea, sarampión o fibrosis pulmonar, este servicio se dirigía al domicilio para efectuar su desinfección mediante el quemado de azufre en las habitaciones y lavado de paredes y pisos con una solución de bicloruro de mercurio. Según un informe publicado en el primer número de los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* en 1891, también deberían desinfectarse a las personas, pero esto no se hacía por falta de medios y porque "nadie quiere prestarse a ella".[31] Finalizado el procedimiento en las habitaciones se retiraban los objetos y ropas del enfermo para realizar la desinfección en la Casa de Aislamiento, hoy Hospital Muñiz, que era el único local que contaba con una estufa *Schimmel*.[32]

---

[29] Penna (1910): 144.

[30] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1890-1892): 268.

[31] Departamento Nacional de Higiene (1891): 81.

[32] Originalmente dedicado a la fabricación de máquinas para hilar algodón, Oscar Schimmel desarrolló una máquina lavadora que permitía un estado de higiene uniforme, ya sea calentando los textiles o

Además de esto la Casa de Aislamiento era el único establecimiento que contaba con un horno para la cremación cadavérica, práctica que había iniciado con la reciente epidemia de cólera, y que luego fue obligatoria para los cadáveres provenientes de los hospitales y aquellos cuerpos no reclamados. Este servicio fue el único de la ciudad hasta 1903 cuando fue reemplazado por el templo crematorio del Cementerio de la Chacarita.[33]

El servicio lentamente se fue ampliando mediante la construcción de Estaciones de Desinfección. La iniciativa fue originalmente publicada en 1887 en la *Revista Médico Quirúrgica* por Emilio Coni,[34] quien sugería la instalación de dos establecimientos públicos de desinfección, uno ubicado al norte y otro al sur de la ciudad, siguiendo los modelos que habían comenzado a funcionar recientemente en Londres, Berlín (noviembre de 1886), París (propuestos en 1887) y Bruselas. El Intendente Municipal, Dr. Antonio Crespo tomó la propuesta y ordenó a la Oficina de Obras Públicas la confección de los respectivos planos. En 1892 finalmente se inauguró la Estación Norte de Desinfección diseñada por el ingeniero municipal Giovanni María Cagnoni, profesional italiano formado en Buenos Aires,[35] según los planos de su análoga en Berlín, la cual había recibido elogios por parte de higienistas y médicos franceses.[36] Con dicha apertura la Casa de Aislamiento ya no recibió ropas del municipio para desinfección.

Esta primera estación se ubicaba en la manzana comprendida por las calles Pueyrredón, Las Heras, Melo y Larrea (**Figura 5**). **C**abe destacar que este establecimiento fue incluido dentro de la estrategia de agrupar ciertos programas de aislamiento y separación considerados por su función nocivos para el medio urbano, como el Cementerio Norte, el Asilo de Mendigos y su cercanía con el Hospital de Mujeres y la Penitenciaría Nacional.[37]

---

hirviendo el líquido de lavado. Su invento fue utilizado en hospitales, cuarteles, prisiones y empresas privadas, lo que le permitió ampliar su producción a todas las máquinas relacionadas al lavado industrial y abrir más de 1.000 lavanderías en Alemania y en el extranjero. Scholz (2005).

[33] Penna (1910): 299.

[34] Departamento Nacional de Higiene (1891): 83.

[35] Ave; De Menna (2011): 65. La trayectoria de Giovanni María Cagnoni no ha sido abordada en profundidad por la historiografía de la disciplina. Asignamos su título de ingeniero municipal basándonos en un informe sobre el nuevo Teatro Colón en el que aparece con este cargo. Se hace referencia a él en el *Registro Oficial de la República Argentina* (1893, segundo semestre): 24.

[36] *Memoria Municipal de la ciudad de Buenos Aires* (1889): 74.

[37] Ruiz Diaz (2018): 78.

Figura 5: Ubicación de la Estación Norte de Desinfección (rojo) en las proximidades del Cementerio de la Recoleta y el Asilo de Mendigos. Fuente: Ludwig, P. (1892). *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y distrito federal.*

Con la sanción de la desinfección obligatoria se incorporaron 8 cuadrillas provistas de pulverizadores de presión a chorro *Geneste-Herscher* (**Figura 6**) y dos ambulancias, una pintada de rojo que trasladaba las ropas infectadas y otra de azul para su entrega luego de la desinfección.[38] La coordinación estaba a cargo del Director Técnico Jaime R. Costa, joven médico de 32 años, que contaba además con un Administrador de la Estación y dos Inspectores como personal estable.[39]

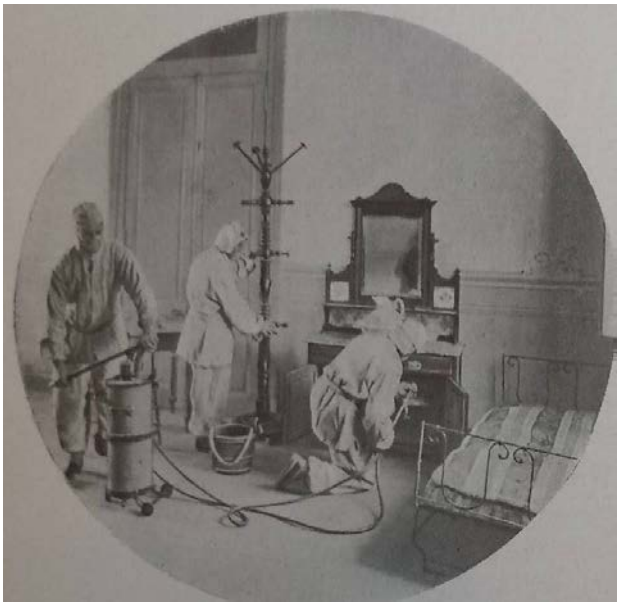


Figura 6: Desinfección de una habitación utilizando pulverizadores *Geneste-Hercher*. Fuente Penna (1910): 232.

Entre 1888 y 1892 se procedió a la desinfección de 14.068 casas, con las respectivas ropas y objetos siendo trasladados para su desinfección a la Estación de Desinfección Norte, que continuaría siendo la única hasta que se logró terminar la Estación de Desinfección Sur (**Figura**

[38] Geneste-Herscher & Cía fue una empresa radicada en París dedicada a la fabricación de maquinarias para ventilación, desinfección y calefacción. Sus productos incluían pulverizadores portátiles como el mencionado y también vehículos para desinfección urbana.
[39] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1890-1892): 269.

7). Las cifras correspondientes a desinfecciones realizadas comenzaron a publicarse periódicamente en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* desde su primer número de 1891 dando cuenta del número de casas particulares y de inquilinato desinfectadas, con el número de habitaciones correspondiente en cada caso.

Según Jaime Costa, "el propósito que ha dirigido la construcción de todos estos establecimientos es el de establecer una incomunicación absoluta de personal, vehículos, depósitos, etc., entre la sección contaminada y la sección limpia".[40] Esta intención puede verse con claridad en la disposición de la planta del edificio. El planteo resulta prácticamente simétrico y establece dos secciones divididas casi completamente una de la otra, excepto por dos puntos, uno cercano al acceso de la calle Melo, y el otro en la sección de estufas donde las ropas y los objetos desinfectados pasaban de un lado al otro. Así el acceso "sucio" y la salida "limpia" se hacían por las calles Larrea y Pueyrredón respectivamente, sin contacto alguno entre sí. En ambos sectores se establecía un gran patio de carga/descarga donde los empleados cubiertos con trajes protectores pasaban la carga a depósitos y luego a las estufas de desinfección. Del otro lado, el procedimiento era a la inversa.

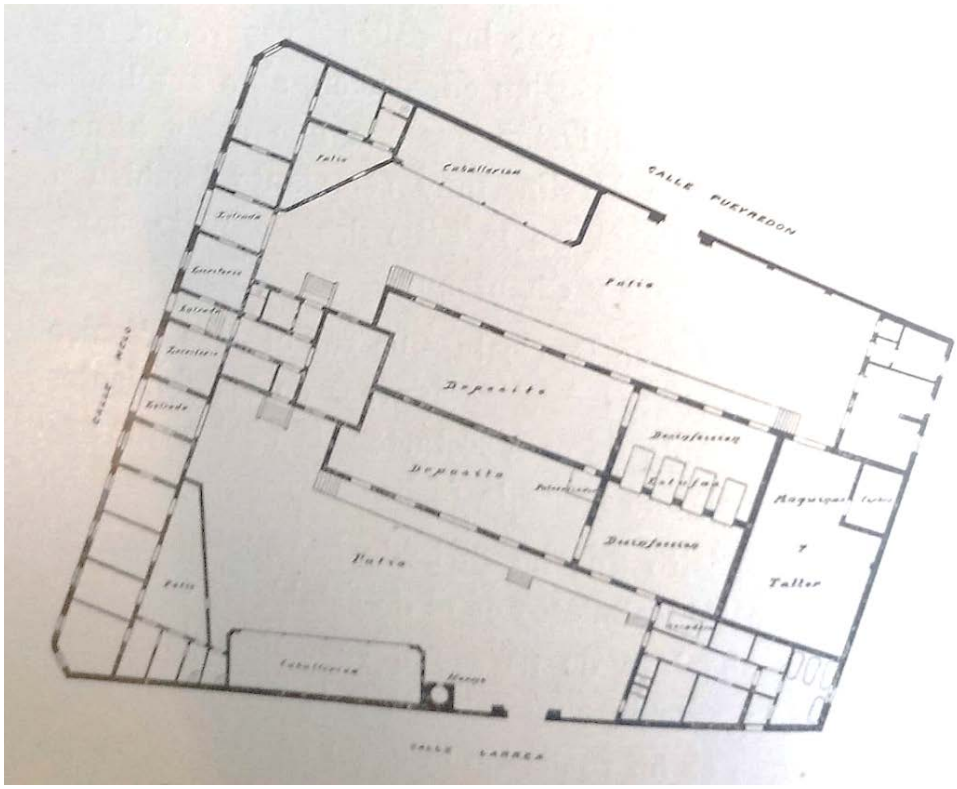


Figura 7: Plano de la Estación Norte de Desinfección. El acceso sucio se ubicaba sobre la calle Larrea (abajo en la imagen) y el limpio sobre la calle Pueyrredón (arriba). Fuente: Penna (1910): 214.

[40] Penna (1910): 213.

Una diferencia entre ambos sectores radicaba en un horno de cremación, ubicado en la sección sucia y destinado a los objetos contaminados que no podían recuperarse como también a los residuos que se producían en este sector del edificio. Otra diferencia era la sección de baños, también ubicada en la sección sucia, donde los empleados del sector y los cocheros debían desinfectarse antes de salir. Las ropas que habían utilizado, así como los vehículos también eran desinfectados.

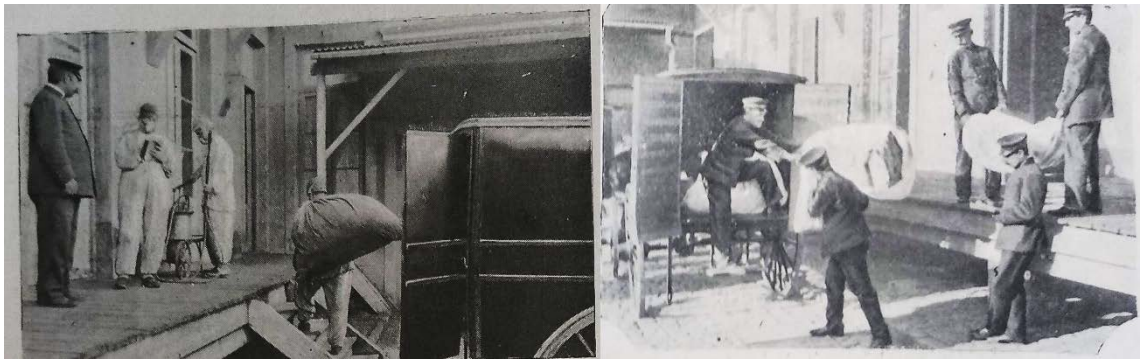


Figura 8: Estación Norte de Desinfección. A la izquierda entrada de objetos y ropas sucias. A la derecha, salida luego de la desinfección. Fuente: Penna (1910): 214.

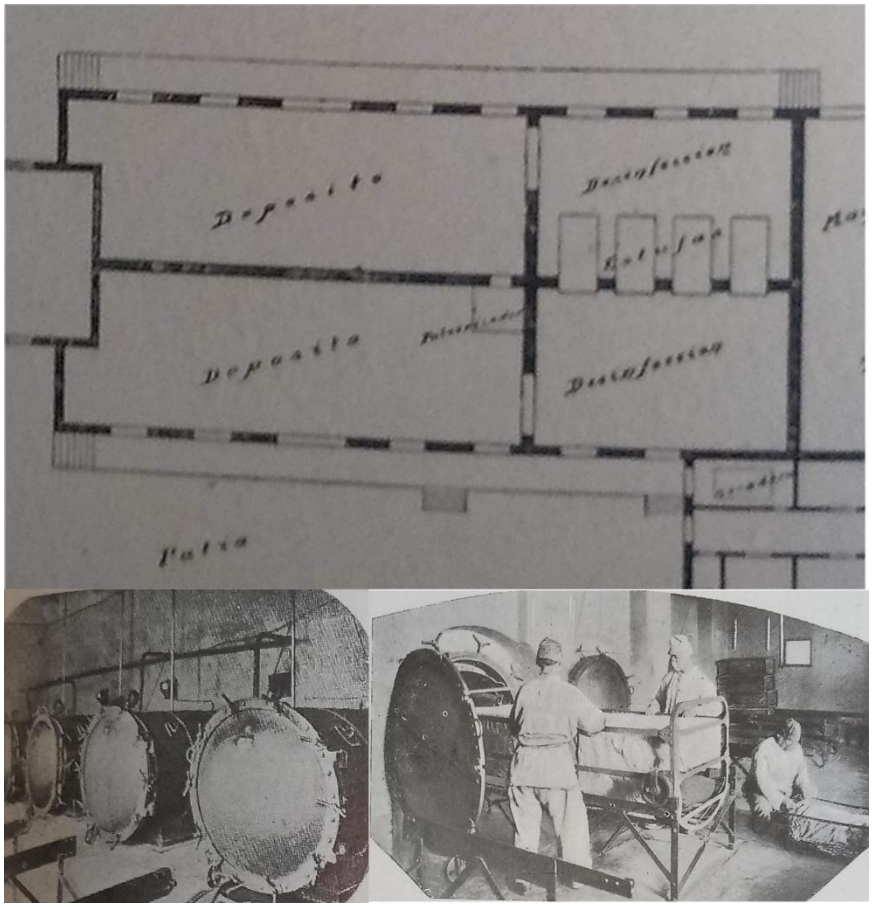


Figura 9: Plano de la Estación Norte de Desinfección, sección de las estufas. Abajo a la izquierda sector limpio, abajo a la derecha sector sucio. Fuente: Penna (1910): 214.

El establecimiento también contaba con un taller que permitía la reparación de los vehículos y de las bombas de los dispositivos *Geneste-Herscher* que, según Costa, se dañaban permanentemente por el efecto del bicloruro de mercurio en las partes metálicas. Esto logró resolverse recubriendo las bombas interiormente con una mezcla de alquitrán y arena; reemplazando también las boquillas de bronce por ebonita, aumentando así su vida útil.[41] Sumado a esto se formó una Escuela de Desinfectadores también a cargo de Costa.

En 1894 se establecieron la Estación Sur, en la calle Comercio 1586, y la Estación Central, ubicada en la calle Esmeralda 66. En ambas había únicamente cuadrillas de guardia y depósitos. [42] Al año siguiente se sumó al servicio una estufa móvil *Leblanc,* básicamente una estufa de desinfección portátil que compensaba la ausencia de dispositivos fijos fuera de los de la Estación Norte (**Figura 10**).

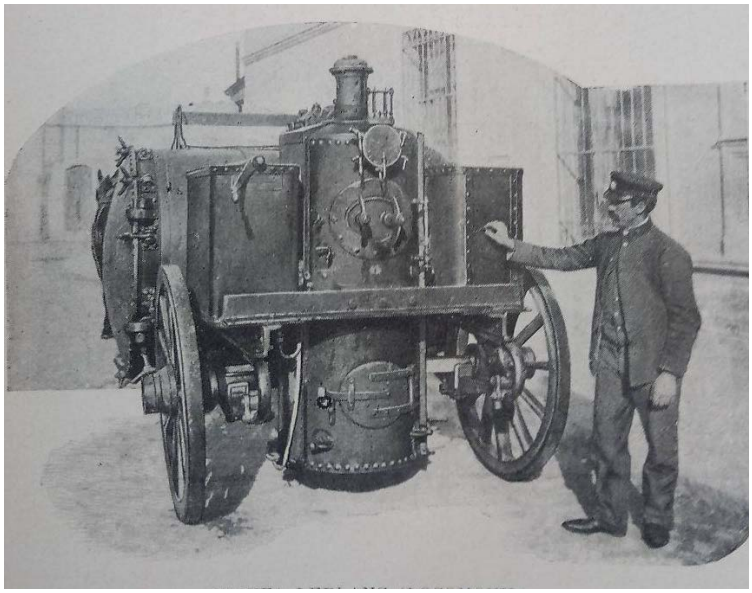


Figura 10: Estufa móvil *Leblanc*. Fuente: Penna (1910): 149.

En la *Memoria Municipal de la Ciudad de Buenos Aires* correspondiente al bienio 1893-1894 se afirmaba que "este servicio tan benéfico para el estado sanitario de la población ha tenido y tiene que luchar con las resistencias de una parte del público, que debía interesarse en facilitarlo."[43] Cabe aquí aclarar que el servicio comenzó siendo gratuito, pero luego se estableció un arancel que no todos querían pagar y que de todas formas resultaba deficitario para el municipio en relación con los costos generales del procedimiento. En ese sentido había serias dudas sobre volver a la gratuidad, que había sido abandonada a partir de que algunos dueños solicitaran que se les desinfectara toda la casa con lo cual el servicio no daba abasto, o imponer

[41] Penna (1910): 217.
[42] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894): 92.
[43] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894): XXXIII.

un arancel más alto, que podía generar que un mayor número de personas no desinfectara el domicilio para no pagar el costo. Europa ofrecía ejemplos de ambas posibilidades, en París el servicio era gratuito mientras que en Berlín tenía un costo acorde que permitía mantener la actividad.[44] Aun así este nuevo programa sirvió como modelo en la región y fue visitado por los directores de establecimientos análogos proyectados para las ciudades de La Plata, Montevideo y Santiago de Chile.[45]

Las estaciones de desinfección no eran la única tipología presente en Europa que se quería incorporar al medio urbano vinculada a la esterilización. Ya desde principios de la década de 1880 se produjeron pedidos para la instalación de lavaderos públicos en la ciudad, que pudieran reemplazar la práctica del lavado de ropas tal cual se la conocía, por primitiva y antihigiénica.[46] Finalmente, en 1887 la Municipalidad aprobó la concesión a una empresa particular, propiedad del señor Juan Plá, para la construcción de 12 lavaderos públicos bajo el nombre "Compañía Anónima Lavaderos Públicos de la Capital".[47] Con esto se buscaba sustituir definitivamente el trabajo de las lavanderas que se dirigían diariamente al río para el lavado de ropas, lo cual era común hasta épocas recientes, pero en el contexto de sucesivas epidemias era visto como algo peligroso:

"No se puede continuar por más tiempo con el espectáculo sucio y peligroso de que la ropa se lavase en los pozos próximos al río, en aguas que muchas veces no se renovaban en una semana, mezclándose la ropa de las personas sanas con aquellas de gente atacada de enfermedades contagiosas".[48] Además, las obras del puerto Madero en la zona sur de la ciudad no hacían más que sumar al estancamiento del agua en ese sector. Los lavaderos públicos vendrían a reemplazar esta práctica, que ya había sido prohibida en el sector norte por una ordenanza, incorporando la tecnología de las estufas de desinfección y secadores a vapor que, si bien disminuía la duración de las ropas, garantizaba las condiciones de higiene.[49]

En principio lograron construirse seis establecimientos, de los que se conservan las direcciones de los ubicados en Estados Unidos y Pichincha, French y Centroamérica, Montevideo 1923, otro sobre la calle Solís y uno más sobre la calle Brasil. En principio las lavanderas se rehusaron a utilizarlos a pesar de que, según las autoridades, tenían mayores comodidades, estaban resguardadas de la intemperie y contaban con escuelas para sus hijos. Las familias contratantes tampoco obligaban a sus lavanderas a realizar sus tareas en esos establecimientos, por lo que la

[44] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894): 97.
[45] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894): 93.
[46] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1881): 372.
[47] Departamento Nacional de Higiene (1901): 407.
[48] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1889): 71.
[49] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1889): 371.

empresa concesionaria no pudo sostener la actividad. De los seis lavaderos construidos, dos fueron cerrados, mientras que los otros cuatro fueron adquiridos por el municipio en 1892.[50] A diferencia del lavado en el río, práctica ya arraigada, el uso de los lavaderos públicos tenía un costo que se sumaba al deterioro de las ropas por el uso de los agentes químicos necesarios para la desinfección. Las prendas adquirían un color amarillento que luego pasaba a tostado al secarse. Según las autoridades con la mejora de los procedimientos esto se volvía imperceptible.[51]

A pesar de esto, para 1899 la revista *Caras y Caretas* ya prácticamente daba por abolida la práctica de las lavanderas en la ciudad de Buenos Aires, tal cual se conocía desde antaño y que configuraba "(…) uno de sus rasgos típicos de su fisonomía y quizás el más pintoresco (…) El progreso, la fiebre amarilla y la difteria, el cólera y hasta la peste bubónica han hecho desaparecer las viejas costumbres coloniales. "[52] El mismo artículo periodístico consignaba el funcionamiento de tres lavaderos municipales, siendo el principal el de la calle French y Centro América (**Figura 11**).

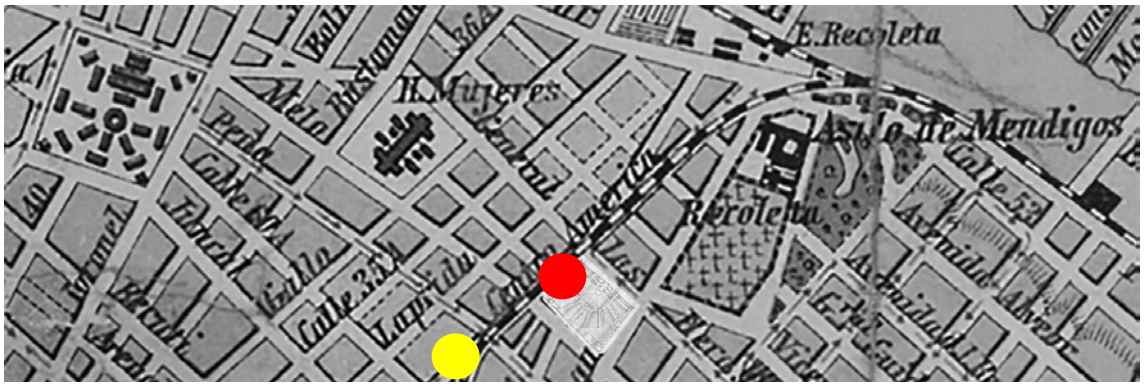


Figura 11: Ubicación del Lavadero Público localizado en French y Centro América (amarillo) y la Estación Norte de Desinfección (rojo). Fuente: Ludwig, P. (1892). *Plano de la Ciudad de Buenos Aires y distrito federal.*

Los tres establecimientos contaban con 128 piletas de lavado que se alquilaban a 50 centavos por semana y que nunca estaban vacantes. La tarifa había sufrido una reducción --antes costaba 2 pesos semanales-- con el fin de fomentar la concurrencia de las lavanderas y favorecer la higiene de la ciudad. Esto se lograba mediante la separación interna de los lavaderos, que contaba con un departamento de lavado, otro de secado y finalmente el de tendido. Así no había riesgo de "(…) contacto las de un cliente (se refiere a las ropas) con las de otro, y suprimido en absoluto el perjuicio para la salud, proveniente de aquellas mezcolanzas en que un solo

[50] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1889): 372.
[51] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894): 95.
[52] Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899): *22*.

ciudadano podía impunemente poner en circulación algunos millares de microbios pestosos e infeccionar con ellos media población."[53]

Figura 12: Departamento de lavado del lavadero municipal ubicado en French y Centro América. Fuente: Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899): *22*.

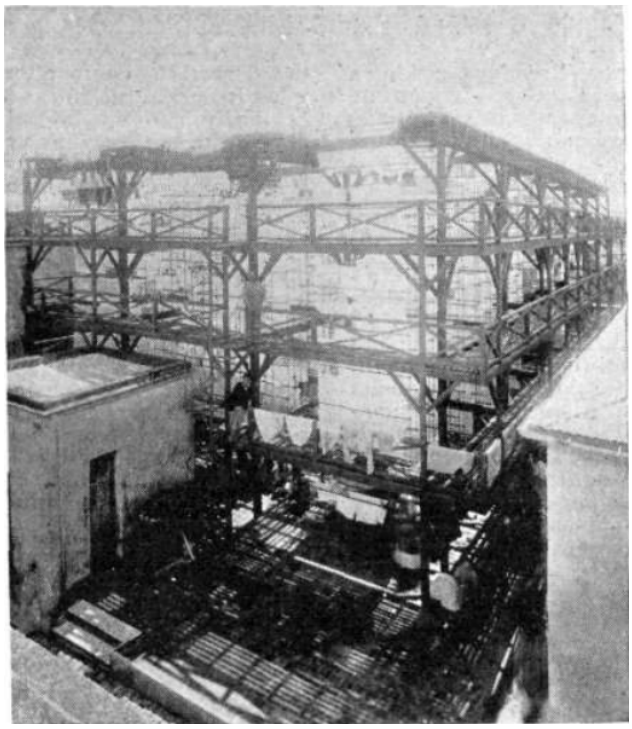


Figura 13: Departamento de tendido del lavadero municipal ubicado en French y Centro América. Fuente: Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899): *22*.

Como contrapunto con este artículo, un estudio posterior realizado en 1901 por el Departamento Nacional de Higiene daba cuenta de las formas incorrectas de uso de los lavaderos, afirmando que las lavanderas habían llevado allí su "(…) hábito inveterado de lavar

[53] Revista *Caras y Caretas* (28 de octubre de 1899): 24.

pronto, golpear mucho, usar a mansalva las sustancias químicas y amparar en su ignorancia el germen de la enfermedad, oculto a su mirada, pero vivo, tangible, real, al concepto científico."[54] Este informe daba cuenta de los establecimientos existentes juzgándolos como instalaciones modelo en su género. Para este momento el número de lavaderos se había incrementado y expandido a otros barrios de la ciudad, incluyendo Flores y Belgrano. Sus nombres y ubicaciones eran las siguientes: Lavadero Pilar --Montevideo 1923--, Lavadero a vapor de la Sociedad Argentina de Industria Textil – Terrero 1640-, Lavadero Canning 3249, Lavadero Bulnes 2728, Lavadero Sirena -Cañitas y Dorrego, Lavadero Gran Republicano --Santa Rosalía 1600, Lavadero Modelo --Herrera 880--, Lavadero de los Sres. Laborde y Birra --Blanco Encalada 1439--, Lavadero Santa Rosalía 1602.

Las condiciones que ofrecían en cuanto a sistemas de desinfección, disposición espacial e instalaciones eran desiguales, por lo que se debían realizar modificaciones, en especial para que los posibles gérmenes presentes en las ropas fueran destruidos en la entrada, de manera que estas ya no fueran el vehículo de transmisibilidad de las enfermedades infectocontagiosas.[55] Esto se resolvería trasladando la sala de clasificación de la ropa a la entrada donde existiría una estufa de desinfección de vapor y tachos de remojamiento con lejía, para aquellas prendas que no podían someterse directamente a las altas temperaturas. Las aguas procedentes de estos tachos eran consideradas las más contaminadas por lo que debían desinfectarse mediante lechada de cal o por ebullición prolongada. Se adjuntaba un croquis modelo de un establecimiento que cumplía con estas condiciones elaborado por el jefe mecánico de los lavaderos municipales Eduardo Garón, en el que se esboza una suerte de circuito de ingreso con la ropa sucia y salida con la ropa limpia, evitando el entrecruzamiento (**Figura 14**).

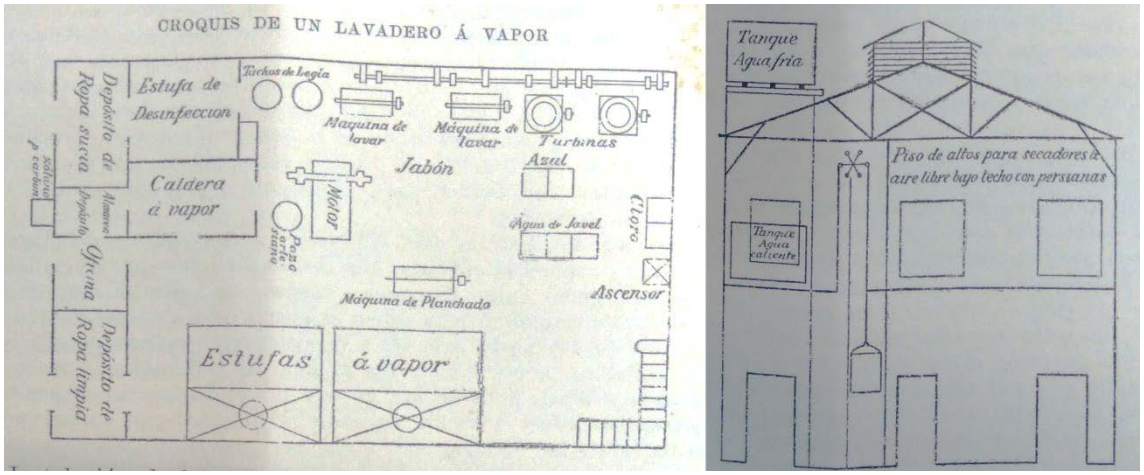


Figura 14: Croquis de un lavadero a vapor modelo. Fuente: Departamento Nacional de Higiene (1901): 410.

[54] Departamento Nacional de Higiene (1901): 407.
[55] Departamento Nacional de Higiene (1901): 408.

Aun con el mayor número de lavaderos abiertos el informe señalaba una concurrencia limitada. Esto se debía aún al costo de los establecimientos como también a que ciertos conventillos ofrecían espacios de secado ilegalmente. El redactor del informe afirmaba haber visto desde el secadero del lavadero de la calle Montevideo numerosos conventillos sobre la calle Paseo de Julio convertidos en verdaderos lavaderos públicos con espacios de secado al aire libre. Según la normativa vigente ese uso estaba habilitado sólo para los moradores del conventillo.[56] La municipalidad debía realizar una mayor propaganda sobre los beneficios higiénicos de estos establecimientos, como también promover su construcción en barrios que los necesitaban como La Boca, Barracas y San Cristóbal.

Puede verse el proceso, no sin dificultades, para incorporar nuevas prácticas o reemplazar antiguas como vías necesarias para mejorar la salubridad del medio urbano. En eso se mezclaban proyectos de ordenanza de relativamente fácil implementación, la desinfección de los muebles destinados a remate y de los elementos ornamentales utilizados en las ceremonias fúnebres; y otros más difíciles de llevar adelante, como la obligatoriedad de que las casas de inquilinato tuvieran un cuarto de aislamiento para recluir a los enfermos contagiosos.

Lo primero tenía que ver con los objetos que seguían circulando y llevando microbios o agentes patógenos luego del contacto con enfermos. En el caso del ornamento fúnebre se refería a los objetos utilizados en varias ceremonias durante el día sin desinfección intermedia entre servicio y servicio. En el caso de los remates se buscaba controlar una práctica relativamente frecuente de deshacerse de parte del mobiliario y las ropas utilizadas por un enfermo fallecido. En algunos casos se donaban a la misma Estación de Desinfección, la cual a su vez lo hacía al Asilo Nocturno. En otros se optaba por el remate de dichos muebles. En referencia a esto el director de la estación citaba el caso de una cuadrilla de desinfección que se dirigió a un domicilio sobre la calle Alsina a realizar un servicio, pero encontró la habitación totalmente desocupada por lo cual debió rastrear los objetos a desinfectar. Un colchón fue encontrado en la casa de un vecino, mientras que la cama había sido trasladada a un remate de la calle Rivadavia.[57] Estos casos parecían darse frecuentemente, por lo cual se proponía sellar los muebles con la leyenda "Desinfectado" junto con la fecha de realización del procedimiento.

"Poco a poco, a medida que el público se convenza de la utilidad de la desinfección, de la modicidad de su precio, de que los muebles y objetos no se deterioran, de que la estufa de desinfección no quema las ropas como parecería indicarlo su nombre, irá notándose la

[56] Departamento Nacional de Higiene (1901): 415.

[57] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894): 98.

desaparición de esas resistencias, desaparición que debe ser gradual, traída por el convencimiento de la inocuidad de la operación y de las ventajas que reporta."[58]

Con la entrada de la desinfección a la escena urbana no solo se incorporaron nuevos programas arquitectónicos, sino que se buscaba mejorar parte de la infraestructura existente. En ese sentido, la Casa de Aislamiento consistía en una serie de pabellones provisorios de madera, que en su momento se pensaba que podrían armarse y desarmarse según el contexto lo demandara. Durante su mandato, el intendente Crespo creía que la ubicación de la Casa de Aislamiento era incorrecta por encontrarse "(…) ahora en un centro importante de población",[59] y que debía trasladarse a una distancia prudencial del centro de la ciudad, específicamente al menos a 6,5 km de la Plaza Lorea. Como vemos en la **Figura 15**, la Casa de Aislamiento, aquí nombrada como Lazareto Municipal, se encontraba en las proximidades de La Convalecencia, aproximadamente a 3 km del punto de referencia citado por Crespo, por lo que su locación ya no era conveniente.

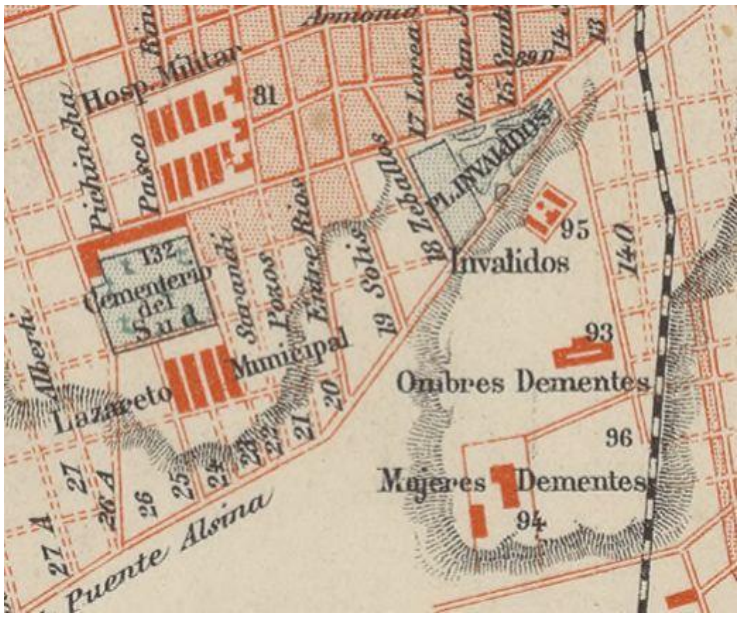


Figura 15: Ubicación de la Casa de Aislamiento. En el plano se la denomina "Lazareto Municipal". Fuente: Latzina, F. (1888). *Plano de la ciudad de Buenos-Aires y de los partidos federalizados de San José de Flores y de Belgrano.*

Para éste se llamó a licitación pública a fines de 1887 para la compra de un terreno que estuviera comprendido dentro de las calles Europa al norte, Santa Fe al sur, y el límite municipal al este. Se presentaron cinco propuestas que fueron evaluadas por una comisión integrada por el vicepresidente del Consejo de Higiene Juan A. Boeri, el director de la Asistencia Pública José María Ramos Mejía y el director de la Casa de Aislamiento José Penna. Dicha comisión seleccionó la propuesta de un terreno ubicado "(…) a dos cuadras del ángulo sudoeste del

[58] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894): 99.
[59] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1887): 229.

Cementerio de la Chacarita".[60] Nuevamente aquí vemos la intención de alejar estos programas del centro de la ciudad.

Para el nuevo proyecto en este terreno de aproximadamente 100.000 varas cuadradas se formó otra comisión compuesta por el Jefe de la Oficina de Obras Públicas, el Ingeniero Rómulo Otamendi, y José Penna para que confeccionaran los planos. En paralelo se presentó un proyecto de ordenanza para la venta del terreno del establecimiento actual y su destrucción por medio del fuego una vez se terminara la nueva Casa de Aislamiento, aunque luego se consideró instalar allí el nuevo Hospital de la Bolsa.

En cuanto a la nueva Casa de Aislamiento, según la descripción presentada en el censo de la ciudad, en primer lugar, el terreno estaría rodeado por una doble fila de árboles y una avenida que aislaría al conjunto edilicio del exterior. Hacia adentro, el planteo consistiría en cuatro hospitales independientes configurados en pabellones aislados. El de mayores dimensiones sería el de variolosos que estaría dividido según género en dos departamentos de dos pisos, separados por un cuerpo donde se encontrarían los baños, salas y corredores de convalecientes, y sector de desinfección. Separados del edificio para variolosos por muros y dobles filas de árboles se edificarían otros tres hospitales destinados a diftéricos, tifoideos y sarampionosos. Todos ellos tendrían en la entrada una sala de desinfección obligatoria. Los cuatro hospitales se comunicarían con un pabellón general de servicio, ubicado en el centro del proyecto y comunicado con los demás sectores mediante túneles independientes garantizando así el aislamiento. El conjunto se completaría con un horno de desinfección, un lavadero a vapor, un horno de cremación, y otro para la destrucción de residuos y basuras.[61]

En este punto las fuentes presentan discrepancias. En la *Memoria Municipal* elaborada por Francisco Seeber en 1889, su primer año al frente de la intendencia, se afirmaba que la obra ya estaba iniciada, pero que Seeber consideró que la orientación de los pabellones era inconveniente por lo que suspendió la obra y nombró una Comisión formada por los doctores Penna, Susini, Wernicke y Beek; y los arquitectos Buschiazzo, Büttner y Moog, para que elaboraran un informe. Este fue concluyente y rechazó unánimemente el proyecto elaborando uno nuevo, pero con un costo mayor. Ante ese panorama, sin capacidad de financiar los cambios necesarios, Seeber suspendió la obra en forma definitiva. En ese terreno luego se edificaría el Hospital Tornú (**Figura 16**).

[60] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1887): 231.

[61] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1887): 170.

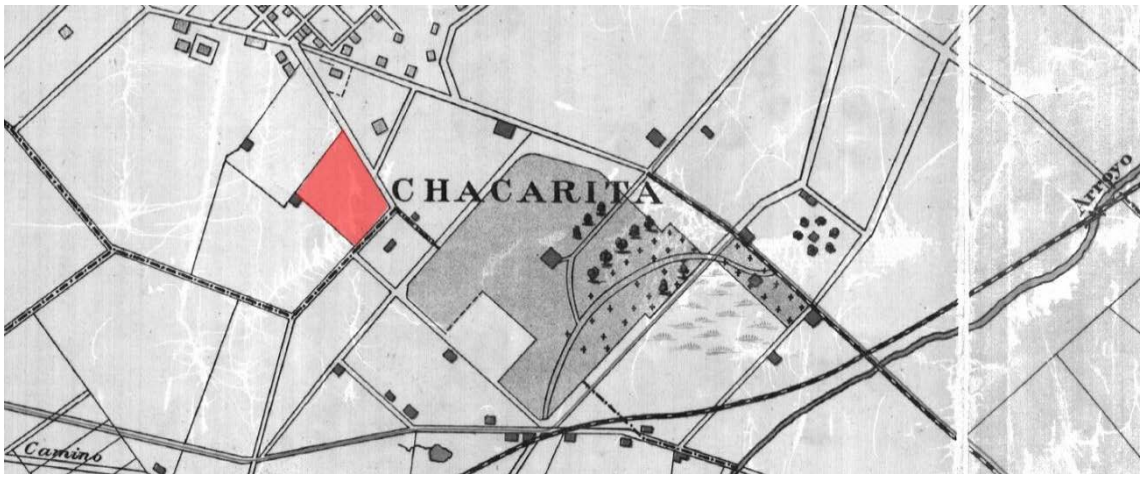


Figura 16: Ubicación de la Nueva Casa de Aislamiento, luego Hospital Tornú. Fuente: Beyer, C. (1889). Fragmento del *Plano de la Ciudad y Distrito Federal de Buenos Aires*.

Como vemos, según las *Memorias Municipales* Penna fue convocado a comisiones relacionadas al proyecto al menos en tres oportunidades: para decidir terreno apropiado, confección de plano junto a Rómulo Otamendi y ajuste de proyecto en la última comisión que acabamos de nombrar. Sin embargo, en su libro de 1910 *La administración sanitaria y la Asistencia Pública,* Penna aseguraba que tuvo conocimiento extraoficial de que un constructor estaba edificando una nueva casa de aislamiento sin planos estudiados y sin consultar a las personas competentes. Esto lo habría motivado a presentar un reclamo frente a Francisco Seeber, para que se le diera intervención en su calidad de director de la Casa de Aislamiento, al que se le dio lugar y se suspendieron las obras. Esto resulta llamativo porque uno de los puntos problemáticos que señalaba Penna era justamente la nueva ubicación propuesta, que no considera un balance entre la distancia y la conveniencia:

"(…) puede admitirse que los hospitales de infecciosos deben hallarse distantes de los centros urbanos, también hay que convenir en que esa distancia no debe ser tal, que, en caso de epidemia dificulte y haga peligroso el transporte de los enfermos. La epidemia de cólera sufrida nos mostró que muchos sujetos procedentes de Flores, Boca y Belgrano llegaban muertos al hospital".[62]

Más allá de estas diferencias en las versiones de cada uno, lo cierto es que las obras fueron suspendidas definitivamente. En 1893 Penna solicitó al director de la Asistencia Pública, José Ayerza, que se formara una comisión para un proyecto de nuevo hospital. Dicha Comisión se conformó tanto por médicos --José Ayerza, Manuel Podestá y José Penna--, como por ingenieros – R. Ayerza, Clerice y Giovanni María Cagnoni--.[63]

[62] Penna (1910): 303.

[63] En distintas fuentes el nombre de Cagnoni se encuentra alternativamente como "Giovanni" y en otros casos "Juan".

Resulta interesante destacar que al momento de proyectar el nuevo hospital se tomaban como condición necesaria los servicios y reglamentaciones que venimos abordando. En efecto, Penna consideraba que, si las medidas de profilaxis urbana se aplicaban y la declaración de nuevos casos se hacía efectiva, las nuevas epidemias ya no tendrían el impacto de las anteriores, con lo cual no sería necesario construir un hospital de enormes dimensiones, que podría estar vacío gran parte del año. Además, argumentaba que hasta cierto punto los ciclos de estas enfermedades se podían prever, habiendo un mayor número de casos en ciertos momentos del año y descendiendo en otros. Los cuadros y curvas estadísticas que se realizaban anualmente en la ciudad a partir de la experiencia de la Casa de Aislamiento, y que se publicaban en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, ofrecían una herramienta para proyectar áreas hospitalarias según el nivel de presencia de las enfermedades en el territorio. Aún así, llegado el caso que dicho cálculo fallara y que un episodio epidémico superara la capacidad instalada, se debía contar con instalaciones desmontables que permitieran salvar esta dificultad.

Aprovechando la forma irregular del terreno de la actual Casa de Aislamiento, José Penna planteó un croquis de proyecto en forma de T que definía, de alguna manera, tres hospitales diferentes aislados entre sí, y vinculados por un área común donde se ubicarían los servicios generales necesarios para el funcionamiento de todo el establecimiento (administración, personal, ropería, comedores, farmacia, etc.) (**Figura 17**).

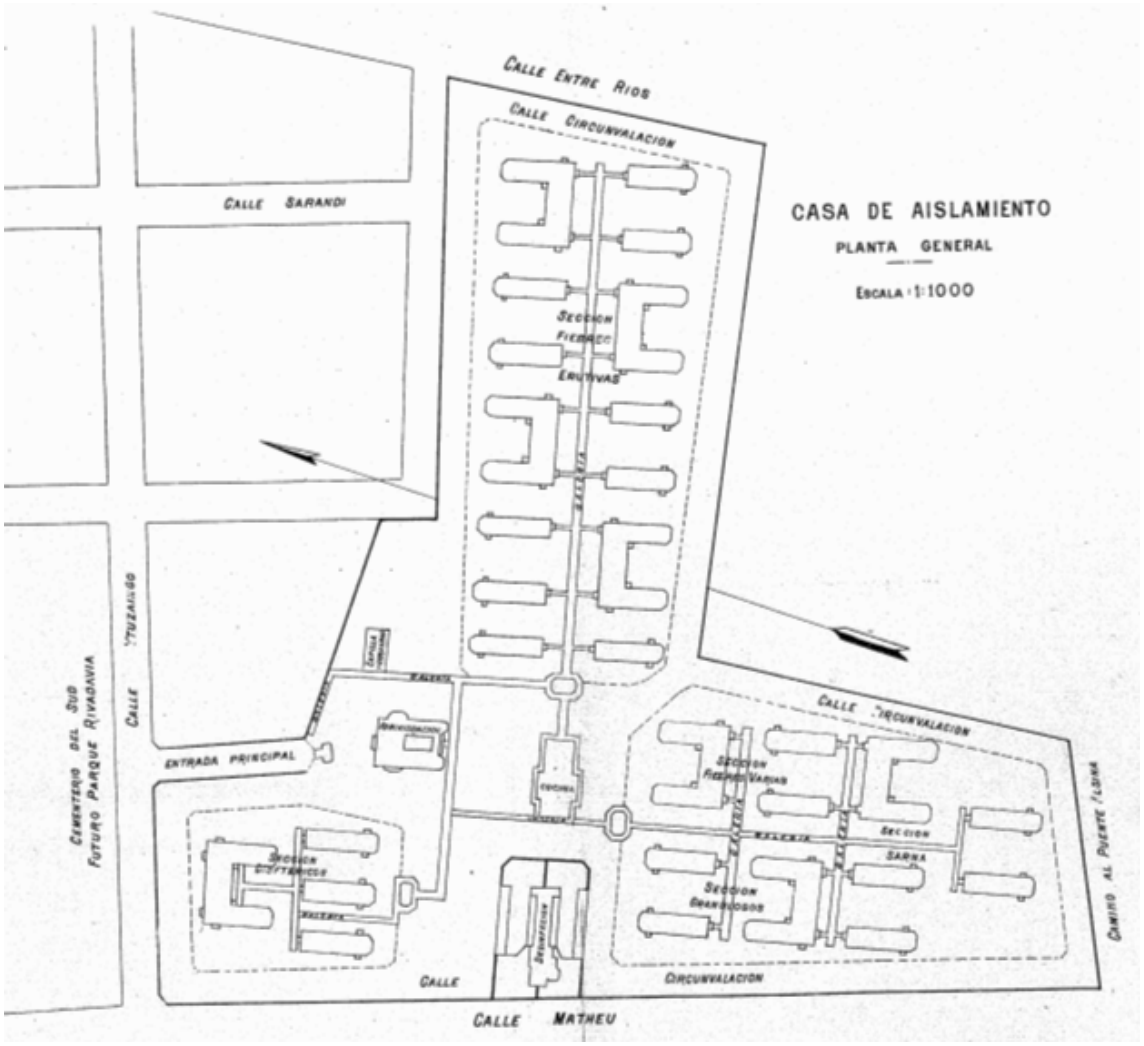


Figura 17: Casa de Aislamiento. Plano general. En línea punteada se denotan los sectores diferenciados dentro del conjunto. Fuente: Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894).

La comunicación entre sectores se realizaría mediante galerías semicubiertas de circulación limitada mediante rejas, que restringirían el paso entre diferentes áreas y que obligarían a pasar por un espacio de desinfección toda vez que se ingresara a un área peligrosa. Así cada departamento del hospital tendría su sala de desinfección además de la del acceso principal a todo el conjunto.

El planteo de Penna consistía en pabellones aislados paralelos que permitirían justamente separar a distintos enfermos. Aquí se introduce un cambio tipológico importante consistente en la posibilidad de expansión. En efecto, la tipología "poste de telégrafo" combinaba el pabellón aislado con el corredor longitudinal, [64] permitiendo que si el terreno se expandía (adquiriendo el lote vecino por ejemplo) el hospital pudiera crecer continuando el mismo planteo sin grandes

[64] Matthews ([1999] 2009).

dificultades. Marcaba así un cambio con tipologías hospitalarias anteriores que si bien utilizaban pabellones paralelos también consolidaban un perímetro definido y estático. Este nuevo planteo de poste de telégrafo, que puede verse tempranamente en el proyecto de 1872 para el *Hospital for Sick Children* de Pennington & Bridges, ganó importancia en el último tercio del siglo XIX debido a sus posibilidades de aislamiento, expansión y facilidad de construcción, especialmente por la similitud de los distintos pabellones lo que permitía la reiteración de procesos constructivos y estandarización de las distintas partes (carpinterías, aberturas, equipos, etc.), por lo que fue utilizado también para resolver otros programas arquitectónicos, como asilos, cárceles y escuelas. [65]

En el proyecto de Penna justamente se plantearon dos tipos de pabellones, aunque no muy diferentes entre sí. Para el director del establecimiento esto permitiría adaptarlos fácilmente si una epidemia demandara un pabellón, dos, un área o todo el conjunto hospitalario al mismo tiempo. Cada pabellón de 12,50 metros de largo, 8 metros de ancho y 7 metros de altura contaría con la sala propiamente dicha en el centro, mientras que en los extremos se situarían las áreas de servicio incluyendo el sector de desinfección, enfermería, baños y cocina. En el extremo se situaba una sala multifunción, señalada en el plano como sala de operaciones, pero que según la memoria podía utilizarse como comedor, sala de recreo, de aislamiento o ampliación de la sala principal.

Por otro lado, las salas dobles resultaban de la unión de dos de estos pabellones mediante un bloque transversal en el que se sumaban ocho habitaciones independientes multipropósito. Es destacable el cambio que propuso Penna al proyecto de estos pabellones dobles, solicitando que no hubiera una habitación de contacto entre las distintas partes, sino amplios vestíbulos que facilitarían el aislamiento.

[65] Pevsner (1979): 156.

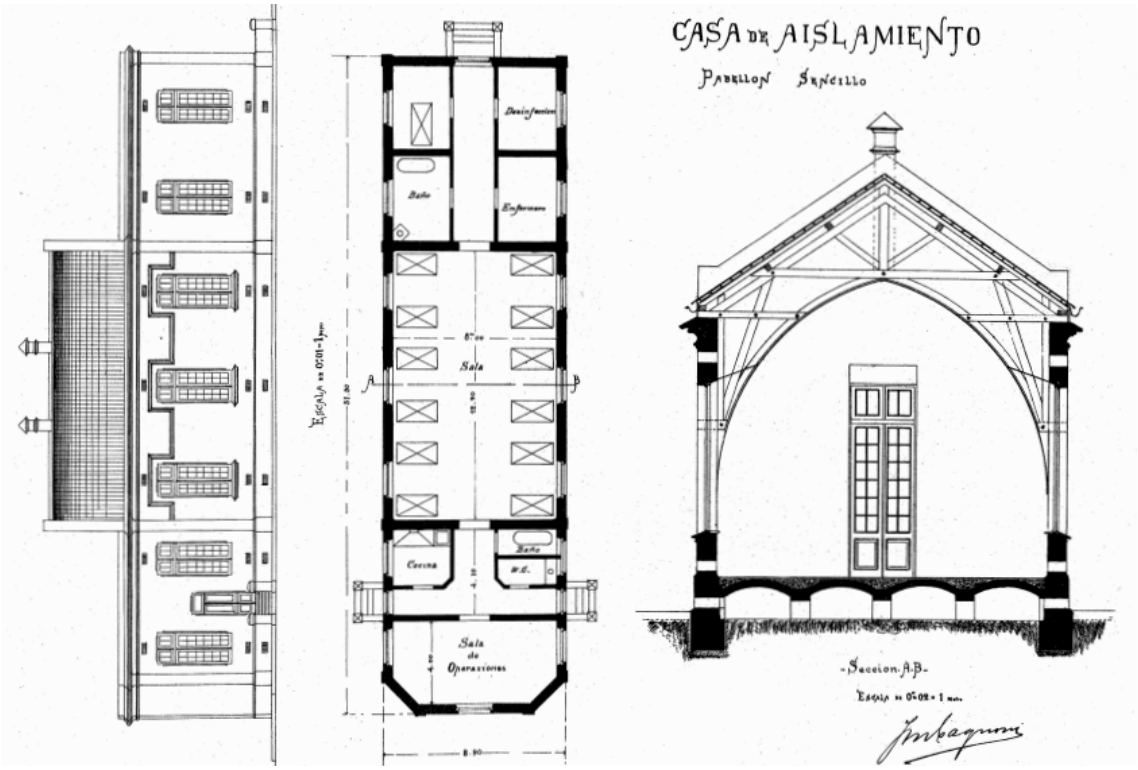


Figura 19: Casa de Aislamiento. Pabellón sencillo. El área de desinfección es el primer espacio vinculado al acceso. Fuente: Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894).

En lo que respecta al régimen diario para los enfermos, el mismo consistiría en la vacunación antivariólica para los que no tuvieran viruela, la desinfección de sus ropas, desinfección regular de todos los objetos de las salas, baños de higiene periódicos y el aislamiento en sectores separados en caso de dudas en el diagnóstico. La separación entre pabellones y con el exterior se lograría además mediante plantaciones de árboles tupidos de diferentes alturas que permitieran "purificar la atmósfera hospitalaria".[66] Puede verse aquí el imaginario general que se aplicaba también a los grandes parques, como el *Parque 3 de febrero*, entendidos como los espacios modernos de recomposición física a través de los cuales la ciudad "respiraba" y se purificaba.[67]

Las ideas de Penna fueron aceptadas y nuevos planos fueron confeccionados y aprobados bajo la firma de Giovanni María Cagnoni, iniciándose la construcción el 15 de agosto de 1894.[68] Como sucedió con otros proyectos de relevancia del mismo período, el avance de las obras fue lento y se extendió hasta las primeras décadas del siglo XX.

[66] Penna (1910): 309.
[67] Armus (2007): 48; Gorelik (1998): 75.
[68] Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires (1893-1894): XXXVI.

3. La isla lazareto

La desinfección también estaba muy presente, y en forma combinada con el aislamiento, en el lazareto de Martín García, que luego de varios años de contar con instalaciones provisorias comenzaba a adquirir un planteo más acorde a su función. Dicha configuración puede ser vista en el plano de la ciudad de Buenos Aires confeccionado en 1889 por el ingeniero geógrafo Carlos Beyer para la casa editora de Ángel Estrada. La inclusión de la isla en un plano de estas características resulta llamativa y es la primera de la que tengamos registro (**Figura 19**).

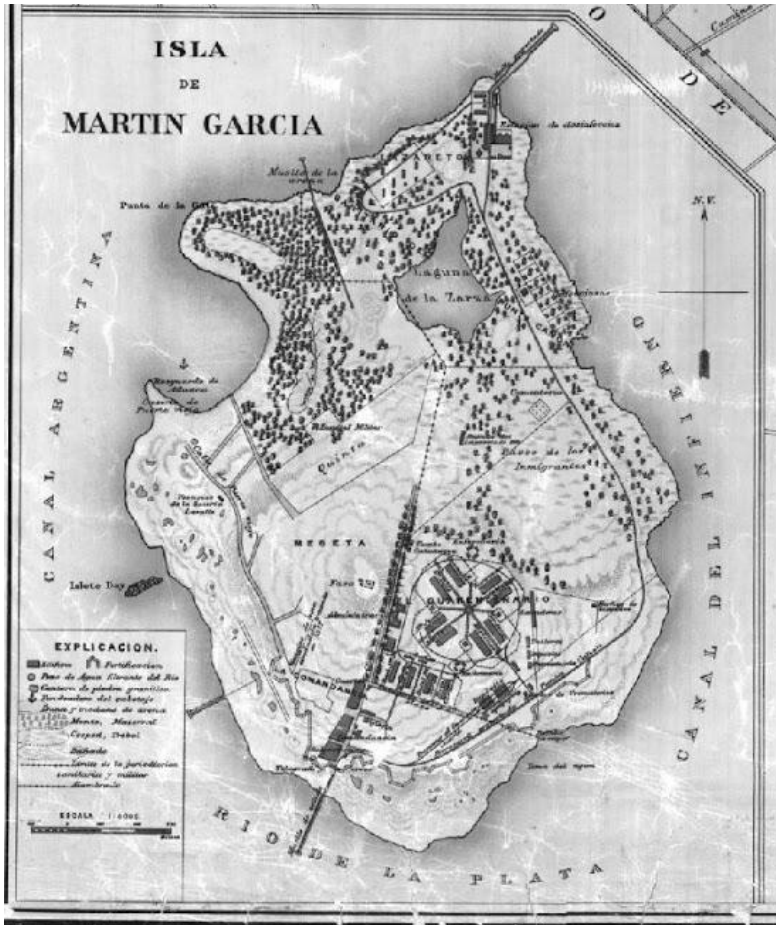


Figura 19: Isla Martín García. Fuente: Beyer, C. (1889). Fragmento del *Plano de la Ciudad y Distrito Federal de Buenos Aires.* Disponible en: *Atlas Histórico de Planos Urbanos /Archivo Buenos Aires*. Disponible https://sites.google.com/view/ba-en-cartografia/p%C3%A1gina-principal

El plano nos permite observar diversas áreas de la isla, tanto aquellas que funcionarían en relación con el lazareto -sectores norte y central- como también al destacamento militar que funcionaba allí -principalmente en el sector sur. También se señalaban unas ruinas del lazareto de 1874, luego de la epidemia de fiebre amarilla, cercanas al cementerio y que ya no se encontraban en funcionamiento.

Como otros documentos cartográficos, la imagen representa un esquema ideal del programa de aislamiento, en el que se solapan estructuras existentes y proyectadas para alcanzar un funcionamiento ideal. Para recorrer la totalidad del programa de aislamiento nos proponemos

seguir el trayecto que realizaría una embarcación destinada a cuarentena en la isla, empezando entonces por el sector norte donde se encontraba la estación de desinfección, que contaría con 5 estufas *Geneste-Hercher* con una sala destinada a la desinfección química. Los galpones para que los pasajeros esperaran allí hasta terminado el proceso y el muelle de desembarco se encontraban al momento en fase de proyecto. Cercanas a la estación se encontraban dos áreas sobre la costa destinadas a enfermos infecciosos.

Una gran distancia separaría estos sectores del área central donde se ubicaba la gran parte del programa cuarentenario. La mayor superficie la ocupaban 8 grandes pabellones dispuestos perpendicularmente entre sí, dedicados a los pasajeros de tercera clase y nombrados como algunas provincias argentinas: Pabellón San Juan, Mendoza, Misiones, Santiago, Tucumán, Chaco, Corrientes y San Luis. Cercanos a estos se ubicaban otros cuatro pabellones paralelos destinados en este caso a los pasajeros de primera y segunda clase. Se mantenía el mismo criterio para nombrarlos, pero bajo la categoría de hotel: Hotel Buenos Aires, Hotel Córdoba, Hotel Santa Fe y Hotel Entre Ríos.

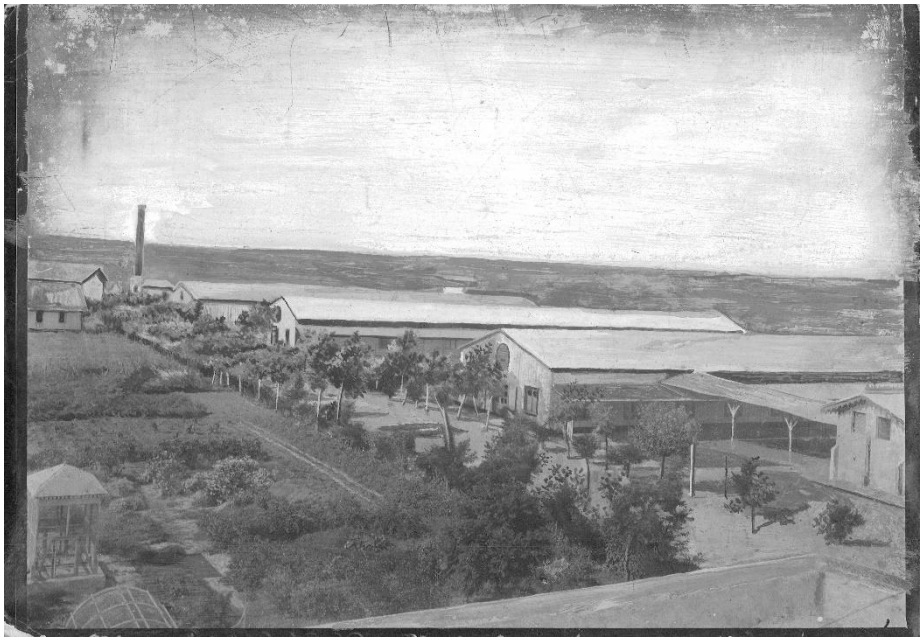


Figura 20: Lazareto de Martin García. Vista de los pabellones de primera. Fuente: Archivo General de la Nación, N° de registro fototeca: 144626_A.

Cercanos a estos se ubicaría el Hospital de afecciones comunes, compuesto por dos pabellones para sala con capacidad para 20 camas y otros dos perpendiculares destinados a cocina, vivienda del enfermero, consultorio, cuarto de baño, letrinas y dormitorio del médico. El programa se completaría con un Hospital sucio – también mencionado como “Enfermería”-, lavaderos, talleres, depósitos de equipaje, proveeduría, cuatro hornos crematorios individuales, un crematorio para 25 cadáveres y administración. Todas las áreas se separaban con respectivos alambrados para garantizar el aislamiento necesario y se vinculaban gracias un *tramway* que efectuaba los traslados desde el muelle de llegada hasta la zona sur.

Ese esquema ideal difiere bastante de la reconstrucción elaborada por Armando Llambi, en la que prácticamente todo el programa que hemos mencionado se concentraba en el sector central (**Figura 21**). Dicha reconstrucción es la más cercana disponible a lo que fue la distribución real del programa cuarentenario, y permite ver que la distancia ideal entre el área de desinfección y los pasajeros efectivamente aislados ya no se cumple, además de que esta sección cuenta con una superficie muchísimo menor, y que nunca fueron construidos los distintos hospitales, solamente las enfermerías.

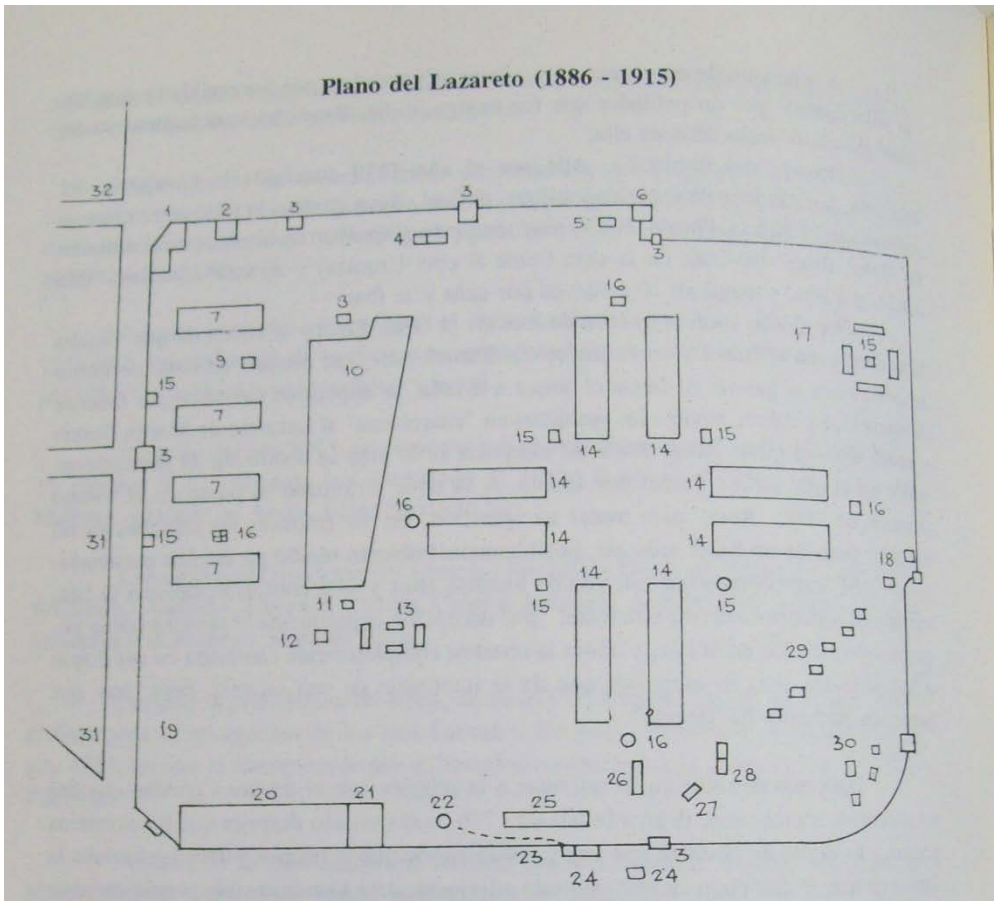


Figura 21: Reconstrucción esquemática del lazareto de Martin García. Fuente: Llambi (1995).

Las memorias institucionales si ofrecen un detalle del personal disponible. Para 1894 el lazareto contaba con un Director General -cargo ocupado por el Dr. W. Acevedo- a cargo de un área técnica y otra administrativa. La primera se componía de un médico interno, un farmacéutico, un jefe de desinfección, dos desinfectadores, dos cremadores y eventualmente los médicos que acompañaban a los grupos cuarentenarios. El área administrativa por su parte se componía de un intendente, un sub-intendente, un mayordomo, un escribiente, un ordenanza, un albañil, un mecánico, un maestro carpintero y un oficial a su cargo, un cocinero de 1°, dos cocineras de 3°, una camarera, dos lavanderas y planchadoras, un capataz y 20 peones destinados a tareas varias.

La memoria de Acevedo, presentada en 1894 en los *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, nos permiten entender la dinámica de la isla al momento de recibir un barco derivado al lazareto. Si no había cuarentenarios previamente, se comenzaban a preparar las cocinas y pabellones de habitación según las distintas clases. El intendente y el escribiente concurrían al muelle a recibir y ubicar a los pasajeros de primera clase, hecho esto desembarcaban los de tercera. El auxiliar y los peones se encargaban de la descarga del equipaje de mano y de mayor volumen, para su traslado a la sección de desinfección. Allí entraban los pasajeros en grupos de 20 personas, los cuales debían abrir sus valijas, cambiarse por ropas limpias y armar un paquete con la muda sucia y todo lo que el médico les indicara. Luego de la revisación salían al sector limpio a esperar la salida del paquete de la estufa de desinfección. Este procedimiento podría realizarse si los cuarentenarios llegaban a la isla durante el día, si lo hacían durante la noche entonces se los ubicaba primero en los pabellones y luego se lo desinfectaba también. Si se llegaba a producir un caso de enfermedad pestilencial exótica se debía volver a realizar todo el procedimiento de desinfección.[69]

Durante este proceso parte de los peones debían hacer guardia para evitar que los pasajeros no pasaran de la sección limpia a la sucia, y en general para prevenir que los cuarentenarios salieran de los límites del lazareto, aunque Acevedo mencionaba que los habitantes de la isla violaban esa separación permanentemente para lo que solicitaba la instalación de doble cerco de alambre con una altura de dos metros. Los pasajeros de tercera debían estar dentro de sus pabellones a la 20 hs. en invierno y a las 22 hs. en verano pudiendo ser castigados con reclusión si desobedecían esta norma.

Luego del desembarco se dividía a los pasajeros en grupos de 10 personas y se nombraba un capataz al que se le entregaban frazadas, utensillos y vajilla; quedando a cargo de estos elementos por lo que durara la cuarentena. Cuando esta terminaba y los pasajeros se

[69] Departamento Nacional de Higiene (1894): 38.

embarcaban se debía proceder a la desinfección de las instalaciones y equipamiento de la isla. Los pabellones, letrinas y las mismas estaciones de desinfección pasaban por una limpieza exhaustiva. Los colchones y almohadas eran pasadas por las estufas hasta que los pabellones estuvieran limpios. Una vez hecho esto se los volvía a armar a la espera de un nuevo contingente, manteniendo los pabellones cerrados con llave y ventilándolos por algunas horas.

Lo más complejo era la convivencia de dos grupos cuarentenarios distintos. Cuando esto sucedía el grupo que ya estaba en la isla era encerrado durante todo el procedimiento de recepción del nuevo grupo, descripto anteriormente. En líneas generales los controles internos aumentaban, y se prestaba mayor atención a los pasajeros de primera que eran atendidos en sus pabellones, no en el hospital. Asimismo, los horarios de comida se separaban intentando así que el contacto entre grupos fuera nulo, aunque esto era más complejo a mayor cantidad de grupos cuarentenarios simultáneos.

En sus escasos cuatro años de funcionamiento, 1889-1893, el lazareto de Martin García recibió una cantidad variable de pasajeros de primera y tercera. Aunque los últimos dos años ya comenzaban a anticipar la gran inmigración que vendría con el cambio de siglo:

Año	**Pasajeros de 1°**	**Pasajeros de 3°**
1889	433	4.084
1891	37	106
1892	605	4.692
1893	262	9.629
Total[70]	**1.337**	**18.511**

Es interesante señalar que estas estadísticas fueron acompañadas por un número aproximado de objetos desinfectados, procedimiento que había iniciado ese año y que daban cuenta del movimiento de esa sección en la isla, cuyo número ascendía a 2.750 baúles, 1.482 valijas, 395 cestos, 347 colchones, 770 bolsas y 1.537 atados con ropa sucia.

La desinfección parecía ser el método científico en ascenso que permitía la circulación segura entre diferentes territorios. En el congreso panamericano celebrado en Estados Unidos ese mismo año se había aceptado como resolución que todo barco que llegara a puertos norteamericanos con inmigrantes debía ser sometido a una rigurosa desinfección de todos los

[70] No se consignan cifras para el año 1890. Departamento Nacional de Higiene (1894): 42.

equipajes y artículos personales, así como la desinfección del propio barco. Esa desinfección debía producirse durante todo el año, a diferencia de protocolos que vimos anteriormente que endurecían los controles solo en períodos de mayor prevalencia de las enfermedades exóticas. Esto se asentaba en la experiencia italiana, presentada a su vez en la Conferencia de Dresde de 1893 -un año después de la de Venecia-, que había impuesto desinfecciones obligatorias logrando la disminución de casos frente a un importante brote de cólera ocurrido en 1892 que se originó en Afganistán y Persia, pero llegó luego a Moscú, San Petersburgo, París y Hamburgo, y que provocó que diferentes naciones, incluyendo al gobierno argentino, impusieran restricciones a importantes ciudades de Europa.[71] A ambos lados del Atlántico las cuarentenas marítimas comenzaban a cederle lugar a alguna forma de inspección sanitaria de los navíos, y en este nuevo procedimiento la desinfección tenía un destacado lugar.

Para el Departamento Nacional de Higiene, la desinfección era un procedimiento que debía aplicarse a nivel nacional como forma de combate de las enfermedades infecciosas. En el presupuesto de 1894, el departamento previó una partida de 6.000 pesos mensuales destinados a la instalación de estufas de desinfección en distintas ciudades de la República. Según su proyecto se debía realizar un estudio por medio de la Oficina Sanitaria que permitiera:

-analizar la población y condiciones físicas de las ciudades más importantes de las provincias del país

-observar la morbilidad y mortalidad presente en cada una de ellas, en especial referido a la escarlatina, sarampión, viruela, fiebre tifoidea, fiebre puerperal y tuberculosis;

-relevar el personal médico, hospitales, casas de sanidad con sus respectivos planos y demás recursos con los que cuente cada provincia;

Una vez hecho este estudio se procedería a asignar aquellas ciudades que deberían contar con un servicio de desinfección, junto con un reglamento respectivo para el combate de las enfermedades infecciosas.[72]

Conclusiones. Una sanidad tecnocientífica

En este trabajo hemos abordado el inicio de un proceso de transformación de la profilaxia a nivel global que, en el caso de la ciudad de Buenos Aires, involucró distintos proyectos y programas arquitectónicos. En dicha transformación la desinfección constituiría la medida sanitaria científica y moderna, capaz de prevenir la propagación de enfermedades infecciosas, como

[71] Howard-Jones (1975): 66.

[72] Departamento Nacional de Higiene (1894): 298.

parte del desarrollo de la bacteriología y la microbiología. Así, y a pesar de ciertas resistencias iniciales, este método que empezó siendo esencialmente una medida profiláctica marítima comenzó a definir nuevas prácticas en la ciudad y el territorio. A pesar de que la etiología y forma de transmisión de algunas de las enfermedades más amenazantes aún no habían sido precisadas con seguridad, progresivamente diversas potencias comenzaron a sustituir las medidas sanitarias restrictivas por estas nuevas prácticas que permitían la circulación de productos y objetos, evitando de esta manera algunos de los conflictos diplomáticos previos y que tomaban un lugar importante en los Congresos Sanitarios Internacionales.

En Buenos Aires esto se tradujo en la importación de dispositivos tecnológicos de vanguardia, como estufas y pulverizadores fabricados en Europa, en combinación con nuevos programas arquitectónicos nunca vistos en la región, como los lavaderos públicos y las estaciones de desinfección que se constituyeron en establecimientos modelo para otras ciudades del país y la región. Especialmente estos últimos fueron los que permiten pensar en una migración de las medidas de sanidad del puerto a la ciudad, con la práctica de la desinfección domiciliaria como estrategia de profilaxia urbana. Así los nuevos instrumentos técnicos y las sustancias químicas de sanitización, presentes en lazaretos y hospitales, llegaron a los conventillos y casas particulares, como también a intentar modificar prácticas tan habituales como el lavado de ropas.

Este proceso también implicó la actualización de programas existentes. Una nueva Casa de Aislamiento fue proyectada para sustituir al antiguo y temporal establecimiento por una institución moderna, a la altura de modelos internacionales de vanguardia que incluían a los dispositivos técnicos de desinfección. Su ubicación dentro de la ciudad fue definida estratégicamente para agruparla junto con otros programas de aislamiento o considerados nocivos para el medio urbano. El lazareto de la Isla Martín García también fue repensado con el objetivo de que, con la incorporación de estos dispositivos, dejara de ser simplemente un espacio de cuarentena para ser una moderna estación sanitaria de desinfección.

Sin embargo, ese proceso no fue lineal ni inmediato. Resistencias propias de las tradiciones locales demoraron la incorporación de nuevas prácticas y la transformación de las existentes. Por otro lado, dificultades presupuestarias impidieron y retrasaron que la infraestructura sanitaria alcanzara rápidamente las dimensiones consideradas necesarias para dar respuesta a la demanda urbana frente a un riesgo epidémico. Los nuevos establecimientos no se terminaban y no se adquirían la cantidad de equipos necesarios para sanitizar a la totalidad de la ciudad.

Este retraso quedaría en evidencia ante un brote de peste bubónica que atacó a la región entre 1899 y 1900, y tuvo importantes consecuencias en nuestro país, en especial en Rosario y Buenos

Aires. Paradójicamente dicho evento sería el que le diera vital impulso a las medidas de profilaxia con la desinfección urbana como punta de lanza en las primeras décadas del siglo XX.

Referencias bibliográficas

Álvarez, A. (1999). Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80. En *Historia, Ciencias, Saude – Manguinhos*, VI (2):293-314.

Anales del Círculo Médico Argentino, (mayo de 1887). Año X, tomo X, n°5. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de M. Biedma.

Armus, D. (2007) *La ciudad impura: Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires, Argentina: Edhasa.

Ave, G. ; De Menna, E. (2011). *Architettura e urbanística di origine italiana in Argentina; tutela e valorizzazone di uno straordinario patrimônio culturale*. Roma, Italia: Gangemi Editore.

Baldwin, P. ([1999] 2004). *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Bonastra Tolos, J. (2018). *Quarantine and territory in Spain during the second half of the nineteenth century*. En Chircop, John; Martinez, Francisco Javier (2018). *Mediterranean quarantines, 1750-1914; space, identity and power*. Manchester, United Kingdom: Manchester University Press.

Departamento Nacional de Higiene (1891). *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1894). *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1894. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Departamento Nacional de Higiene (1901). *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1901. Buenos Aires, Argentina: Establecimiento Gráfico de Gunche, Wiebeck y Turtl.

Engelmann, Lukas; Lynteris, Christos (2020). *Sulphuric utopias: a history of maritime fumigation.* Massachusetts, EEUU: The MIT Press.

Fiquepron, M. (2020). *Morir en las grandes pestes; las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.

Gorelik, Ad. (1998). *La grilla y el parque: espacio público y cultura urbana en Buenos Aires 1887-1936.* Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

Harrison, M. (2012). *Contagion: how commerce has spread disease*. Londres, UK: Yale University Press.

Higginbotham, P. (2016). The MAB Hospital Ships, Long Reach, Dartford. Disponible en: http://www.workhouses.org.uk/MAB-HospitalShips/

Howard-Jones, N. (1975). *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938.* Ginebra, Suiza: World Health Organization.

Lima Chaves, C. (2009). *As convenções sanitárias internacionais entre o Império Brasileiro e as Republicas Platinas (1873 e 1887).* Rio de Janeiro, Brasil: UFRJ/IFCS.

Llambi, A. (1995). La Isla de Martin Garcia. Buenos Aires, Argentina:

Lopez-Duran, F. (2009). Eugenics in the garden: architecture, medicine and landscape from France to Latin America in the early twentieth century. Tesis presentada para el grado de Doctor in philosophy in architecture: history and theory of architecture. MIT

Matthews, R. ([1999]2009). *Doing time: an introduction to the sociology of imprisonment*. Londres, Reino Unido: Palgrave Macmillan Press.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1881). *Memoria del Presidente de la Comisión Municipal al Consejo*. Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1887). *Memoria de la Intendencia Municipal.* Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1887). *Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Compañía Sudamérica de Billetes de Banco.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1889). *Memoria de la Intendencia Municipal.* Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1893-1894). *Memoria de la Intendencia Municipal.* Buenos Aires, Argentina: Imprenta de Martin Biedma.

Otero, H. (2014). La historia global y la historia de la población. En *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Disponible en http://nuevomundo.revues.org/66184

Penna, J. (1910). *La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires.* Buenos Aires, Argentina: Imprenta, Cartografía y Encuadernación Kraft.

Pevsner, N. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona, España: Editorial Gustavo Gili.

Revista Caras y Caretas, (1899, 28 de octubre). Año II, N°56. Buenos Aires: n/a

Richardson, H. (2016). *Belvidere Hospital*. Recuperado de https://historic-hospitals.com/2016/07/26/belvidere-hospital/

Ruiz Diaz, M. (2018). *La ciudad de los réprobos; historia urbana de los espacios carcelarios de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Serie Tesis del IAA.

Scholz, M. (2005). Schimmel, Oscar. En Neue Deutsche Biographie, n°22, pp. 778-779. Disponible en: https://www.deutsche-biographie.de/pnd13957140X.html#ndbcontent

Mgr. Arq. Matías Ruíz Díaz

Arquitecto (FADU UBA). Magíster en Historia y Crítica de la Arquitectura, Diseño y Urbanismo, (FADU UBA). Doctorando en Historia por la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (IDAES-UNSAM). Investigador del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas (IAA-FADU-UBA). Docente en FADU-UBA y en FAU-UNLP.