



Quinto Sol

ISSN: 0329-2665

revistaquintosol@gmail.com

Universidad Nacional de La Pampa
Argentina

Rebelo-Pinto, Fernanda; Hochman, Gilberto
Cólera en el vapor Araguaya, 1910: epidemias en la travesía inmigratoria entre Europa,
Brasil y Argentina
Quinto Sol, vol. 20, núm. 2, mayo-agosto, 2016, pp. 1-22
Universidad Nacional de La Pampa
Santa Rosa, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=23146917002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Cólera en el vapor Araguaya, 1910: epidemias en la travesía inmigratoria entre Europa, Brasil y Argentina¹

Fernanda Rebelo-Pinto²
Gilberto Hochman³

Resumen

En este artículo se analiza el caso del vapor Araguaya, un transatlántico de lujo que partió del puerto de Southampton (Inglaterra) en 1910 con destino a los puertos de Río de Janeiro y Buenos Aires. Durante el viaje hubo una epidemia de cólera a bordo que afectó solo a los pasajeros de tercera clase, todos inmigrantes. De acuerdo con nuestras investigaciones, las condiciones del viaje fueron decisivas para el brote epidémico, lo cual se explica en la primera parte del texto. En la segunda parte describimos el caso detalladamente, desde la salida del vapor hasta su llegada a un lazareto en Brasil. En las primeras décadas del siglo XX, en los protocolos sanitarios de los puertos de América del Sur se aplicaron los conocimientos y las técnicas de la bacteriología para el diagnóstico y el control de enfermedades. Sobre la égida de la bacteriología, el caso Araguaya posibilita la problematización histórica de la experiencia con la enfermedad durante el viaje transoceánico de los trabajadores europeos hacia las Américas.

Palabras clave: inmigración; cólera; puerto; Brasil; Argentina.

1 Este artículo se basa parcialmente en la Tesis Doctoral de Fernanda Rebelo titulada *A Travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926)*, defendida en 2010 en el Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da COC/Fiocruz-RJ, y en su investigación posdoctoral en el Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas de la Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. También incorpora los resultados de una investigación en curso, realizada con la Universidad Nacional de La Pampa, Argentina, denominada “Sociedad y desarrollo: problemas de historia económica y de la salud en espacios regionales desde una visión de largo plazo”, de la que participan los dos autores de este texto.

2 Instituto de Humanidades, Artes y Ciências Milton Santos-Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências-Universidade Federal da Bahia. Brasil. Correo electrónico: fernanda.rebelo@ufba.br

3 Casa de Oswaldo Cruz-Fundação Oswaldo Cruz. Brasil. Correo electrónico: hochman@fiocruz.br



Cholera in Araguaya Steamboat, 1910: epidemics in immigration crossing between Europe, Brazil and Argentina

Abstract

This article analyzes the Araguaya steamboat's case, a luxurious ship that left the Southampton Port (England) to Río de Janeiro and Buenos Aires ports in 1910. During the trip there was a cholera outbreak that spread on board only among the third class passengers who were immigrants. In the first part of the article, we explain how traveling conditions in the steerage were decisive for the outbreak. In the second part, we describe the case in detail, from the departure of the ship until its arrival at a quarantine hospital in Brazil. In the early twentieth century, knowledge and techniques of bacteriology began to take part in health protocols ports of South America for diagnosis and control conditions. Under the aegis of the bacteriology, the Araguaya case makes possible a historical questioning of the experience with diseases during the transatlantic voyage of European workers to America in the late 19th and early 20th century.

Key words: immigration; cholera; harbor; Brazil; Argentina.

Fecha de recepción de originales: 21/05/2014.

Fecha de aceptación para publicación: 04/05/2015.

Cólera en el vapor Araguaya, 1910: epidemias en la travesía inmigratoria entre Europa, Brasil y Argentina

Introducción

El vapor Araguaya atracó en el puerto de Río de Janeiro en octubre de 1910 con pasajeros ilustres de primera clase y 1028 inmigrantes en la tercera clase, la mayoría de ellos enfermos de cólera. La llegada del navío a Brasil movilizó las estructuras del Servicio Sanitario de dicho puerto, que en ese período funcionaba con una rutina aparentemente eficiente. También era eficaz la estructura sanitaria del modelo de campaña,⁴ legado del sanitarista Oswaldo Cruz,⁵ que había logrado una

4 El modelo de campaña se refiere a la forma militarista y autoritaria de la salud pública en ese momento. La bacteriología permitió el surgimiento de nuevas formas de lucha contra enfermedades específicas. La percepción de que algunas de ellas tenían un agente causal y un vector transmisor permitió al Estado ampliar sus acciones más allá del aislamiento de los pacientes (Benchimol, 2001). Los buenos resultados obtenidos por las campañas, como las promovidas por Oswaldo Cruz en Brasil y Gorgas en Cuba, hicieron que este modelo se convirtiera en programas dirigidos a la eliminación de determinadas enfermedades.

5 Oswaldo Cruz fue director de Salud Pública de Brasil entre 1903 y 1909, cuando coordinó las campañas de lucha contra la fiebre amarilla, la peste bubónica y la viruela. Sobre su vida y obra ver Brito (1995); sobre la reforma de salud a principios del siglo XX en Río de Janeiro ver Benchimol (1992).

significativa disminución de la incidencia de la fiebre amarilla y la peste bubónica.

En este artículo se analiza la llegada del vapor Araguaya al Brasil, para discutir tanto la experiencia con la enfermedad en la travesía desde Europa a América del Sur como el encuentro de la población con las autoridades sanitarias. Los profesionales (inspectores, ayudantes y desinfectadores) corporizaron y materializaron la existencia del Estado frente a la población extranjera, ya que incorporaban en sus acciones palabras y gestos de los principios de clasificación y explicación de una nación con objetivos, recursos y capacidades.⁶

En la primera parte se describe el desarrollo de una epidemia en un navío de lujo. Nos preguntamos específicamente sobre la inexistencia de víctimas en la primera y en la segunda clase, y si el hecho de viajar en tercera significó el contagio, la cuarentena y las desinfecciones en el lazareto. Aunque hubo síntomas tales como diarrea y vómitos que afectaron a todos los pasajeros, el examen bacteriológico demostró la presencia del vibrión del cólera solo entre los inmigrantes (pasajeros de tercera), y de colerina, una especie de “cólera leve, benigna, diarrea leve” (Chernoviz, 1904, p. 1436) entre los viajeros de primera y de segunda. En la segunda parte del texto se analiza el caso del vapor Araguaya.

La interpretación de la lectura conjunta de las fuentes evidencia el drama vivido por los pasajeros, los médicos y las autoridades en la experiencia concreta de una epidemia al inicio del siglo XX. En la descripción del caso que nos ocupa se destacan las siguientes cuestiones: el desprecio en el tratamiento de los inmigrantes, que emergía como asunto internacional, y la aplicación en los puertos de una moderna profilaxis sanitaria y de la bacteriología para el diagnóstico de enfermedades infecciosas. Se identifican las diferencias en los procedimientos médicos entre la primera y la tercera clase del navío, las mentiras y omisiones de las compañías de navegación, la desconfianza de las autoridades portuarias y gubernamentales, la solidaridad y perplejidad de la población y, finalmente, la impotencia frente a la enfermedad y la muerte. También se analizan la resistencia y la sospecha de enfermedad sobre los inmigrantes enfermos. En ese sentido, el presente artículo problematiza sobre las diferencias sociales planteadas de manera concreta en las estrategias de defensa sanitaria frente a una epidemia.

6 Aquí seguimos a Ramos (2006) en relación a las técnicas de poder que intervienen en la aplicación de las políticas y juegan un papel importante en la construcción de la autoridad pública. Por lo tanto, las políticas públicas deben ser diseñadas no como una mera aplicación de proyectos a través de las estructuras existentes, sino como *locus* de la construcción de esas estructuras. Entre las acciones y las representaciones desarrolladas por los agentes del Estado se destaca el papel de las políticas de inmigración, dentro de procesos más amplios de formación del Estado nacional.

Cólera: una cuestión de clase

“Partió y una extraña canción subió por los aires en ese momento tormentoso: Los inmigrantes cantaban y batían las palmas, abriendo los gruesos sombreros de sol que les escondía la cara, mientras el remolcador se iba alejando del Araguaya, arrastrando la tosca barcaza en su estera caprichosa. Los inmigrantes cantaban!, sucios, con el más triste aspecto enfermo, desgraciados en su condición miserable, oprimidos a toda suerte –por el hambre, por sus aspectos, por la amenaza de enfermedad– mal tratados hasta por el cielo que, por la mañana, soleado, entonces rasgaba sus nubes en un aguacero glacial. Una desventura que no tiene punto de comparación, porque incluso los perros encuentran amigos entre los hombres y para los inmigrantes a bordo, la piedad humana aún no había llegado. La barcaza afrontó las aguas del mar y las nubes, ofreciendo, para quien cerrara los ojos en aquel curioso momento, la ilusión de escuchar alguna festiva serenata, lanzada en la calma de un mar de rosas, por un bando de felices de la vida!. Es que el dolor también conoce la ironía de cantar con sonrisa sus dolores interminables, de una manera alegre, desahogando las excesivas paradojas, desatando la aparente tristeza de las lágrimas”.⁷

El relato anterior del médico y periodista Floriano Lemos se publicó en uno de los principales diarios cariocas. En la descripción de la llegada al Lazareto de Ilha Grande para cuarentena y desinfección, los inmigrantes del Araguaya sospechosos de portar el cólera cantaban a pesar de su suerte. El periodista, que no era inmigrante, se sorprendía frente a la alegría del canto de quienes habían llegado al “Nuevo Mundo”: la sensibilidad de su descripción mostraba tanto su talento literario como la emergencia de un discurso humanitario que se interesaba en debatir sobre las condiciones de la travesía.⁸

En octubre de 1910, cuando el Araguaya arribó a aguas brasileñas, Lemos viajaba como pasajero de primera. La división en clases estaba presente en todo el viaje y también en los lazaretos (Santos, 2009, pp. 74-75), donde debían atracar las embarcaciones infectadas con la presencia de uno o más enfermos de pestilencias exóticas. El blanco de las desinfecciones o de las cuarentenas era casi siempre el conjunto de los pasajeros de tercera; también eran de tercera clase los pasajes que el gobierno de Brasil pagaba a aquellos inmigrantes que quisieran permanecer en

7 Lemos, F. (1910, octubre 22). Relato sobre o Araguaya. *Correio da Manhã*, p. 1. Sector Periódicos de la Biblioteca Nacional (SPBN), Río de Janeiro.

8 La emigración se convierte en un asunto de interés para la *League of Nations* (LN) y el *International Labour Office* (ILO) en el contexto posterior a la Primera Guerra Mundial. Se crearon algunas comisiones, incluida la de Emigración. Ver Weindling (1995) y Rosental (2006)

ese país, en núcleos coloniales o como propietarios de una pequeña propiedad rural, quienes viajaban aglomerados cerca del casco.⁹

En la primera década del siglo XX, la cuestión de las condiciones de transporte de los trabajadores emergió como problema humanitario internacional en relación con dos fenómenos dicotómicos: la globalización económica y la nacionalización de las sociedades. Italia, el mayor exportador de mano de obra hacia América, inició una política inmigratoria mediante la cual se intentó combinar tutela nacional, preocupación demográfica, protección social y beneficios para la población, en pos de lo cual elaboró dispositivos destinados a proteger a los inmigrantes, en especial durante la travesía. Se generaron así preocupaciones humanitarias sobre la lógica del lucro de las compañías marítimas y, en el plano internacional, se implementaron negociaciones con los países receptores para mejorar las condiciones de llegada y, al mismo tiempo, proteger a sus trabajadores (Douki, 2011-12, pp. 375-379).

El uso de tecnologías modernas para el diagnóstico bacteriológico permitió un nuevo encuadre de las enfermedades y un mayor orden taxonómico (Rosenberg y Golden, 1977, pp. XVI-XVIII); así, con el mismo cuadro clínico –diarrea y vómitos– era colérico quien presentaba el vibrión en su organismo. En términos de profilaxis, se priorizó la vigilancia, desinfección y aislamiento de los enfermos y sospechosos de estarlo, pero con la aplicación de la bacteriología se precisó el diagnóstico y también la prevención: no fue necesaria la utilización de lazaretos para cuarentena de navíos y enfermos ni para el aislamiento de todos los pasajeros, sino solo para aquellos portadores del parásito.

En Argentina, el Departamento Nacional de Higiene (DNH) impuso un sistema de análisis bacteriológico obligatorio para todos los pasajeros inmigrantes, cuando se descubrió la transmisión del cólera por individuos asintomáticos (Kapelusz-Poppi, 2011, p. 117). En este caso, la eliminación de la cuarentena, sustentada sobre las nuevas teorías científicas, en vez de proporcionar más libertad de circulación, como pensaban los liberales anticontagionistas, generó en consecuencia mayor rigurosidad en la vigilancia y control en la selección de los inmigrantes en el puerto.

Según Ackerknecht (1948), el contagionismo, es decir, la creencia de que las enfermedades se transmitían a través del contacto directo con el individuo enfermo o por objetos manipulados por él –base teórica de la cuarentena– era una teoría obsoleta en la primera mitad del siglo XIX. El contagio y la cuarenta significaban problemas, pérdidas y limitaciones para la expansión de los negocios, además de

⁹ Brasil. Ministério da Indústria, Viação e Obras Públicas. Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Indústria, Viação e Obras Públicas Miguel Calmon du Pin e Almeida no ano de 1908. volumen 1. p. 62. Río de Janeiro: Imprensa Nacional. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2275/000120.html>

constituir una herramienta para el control burocrático estatal.

El anticontagionismo, o sea, la creencia de que los miasmas –venenos provenientes de la materia animal y vegetal en putrefacción– una vez dispersos en el aire provocaban las enfermedades fue la teoría con mayor aceptación por parte de la comunidad médica y científica a lo largo de casi todo el siglo XIX. Incluso los representantes más radicales de esta postura admitían la existencia de algunas enfermedades contagiosas como la sífilis y la viruela. Sin embargo, las “tres grandes” enfermedades para las cuales se indicaba cuarentena –peste bubónica, fiebre amarilla y cólera– parecían confirmar, precisamente, las proposiciones anticontagionistas al traspasar todas las barreras sanitarias impuestas para contenerlas. Para ellos, de modo general, no existía una relación sino una coincidencia entre la llegada de epidemias y de navíos, puesto que no creían en la importación de enfermedades de localidades infectadas ni tampoco en la transmisión entre personas (Ackerknecht, 1948, p. 573).

La salud pública de Brasil se inspiró en las medidas que el médico sanitarista francés Adrien Proust había establecido en Francia en 1890 para evitar la importación de cólera. Las medidas básicas adoptadas en ese país fueron la desinfección por vapor, el calor y los germicidas (Benchimol, 1999, p. 271). La Convención Cisplatina de 1904 había indicado medidas profilácticas distintas para la peste bubónica, el cólera y la fiebre amarilla, ratificando en lugar de la cuarentena las prácticas de aislamiento del enfermo y la vigilancia sanitaria de los individuos sanos, así como la desinfección de navíos, equipaje, ropas, objetos personales y vacunación preventiva. La nueva legislación impuso cambios en el sentido de las nuevas teorías científicas, relacionados con la comprensión del papel de los insectos vectores en la transmisión de enfermedades.¹⁰

La vigilancia sanitaria debía ser ejercida respecto de todos los pasajeros, aunque de manera diferencial entre los de primera, los de segunda y los de tercera clase. Para los dos primeros grupos, el control sería efectuado en tierra, garantizando la libertad de circulación de los individuos y con la opción de que la autoridad sanitaria recurriera al sistema de pasaportes sanitarios: se exigiría el depósito de dinero en efectivo, con posterior devolución, una vez finalizada la observación médica. En cuanto a los de tercera –como señalamos, en su gran mayoría inmigrantes–, la supervisión podía realizarse dentro de los navíos y bajo las restricciones que la autoridad sanitaria juzgara convenientes. Este sistema propiciaba la autonomía de las autoridades para utilizar la profilaxis más adecuada, incluso la cuarentena.

10 Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Diretoria Geral de Saúde Pública. Relatório apresentado a Sua Ex. o Sr. Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores pelo Diretor Geral de Saúde Pública [Oswaldo Cruz], 1903 [Anexo AJ do Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J.J. Seabra, Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, em março de 1904, volumen 3, p. 15. Río de Janeiro: Imprensa Nacional]. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1900/000920.html>

Si bien teóricamente este método había sido abolido por la nueva legislación, se mantuvo y se aplicó efectivamente en situaciones específicas.¹¹

Las enfermedades no son solo eventos biológicos, y su diagnóstico no se presenta de forma estática. Éste implica para las personas consecuencias en el futuro y relecturas del pasado, por ser un elemento estructurante en la narrativa de una trayectoria individual (Rosenberg y Golden, 1977, p. XX). En este sentido, el diagnóstico de cólera durante la travesía del Araguaya transformó colectivamente la vida y la identidad de las personas que viajaban en tercera. Por otra parte, fue utilizado como una de las tantas categorizaciones aplicadas a ciertos grupos: en primer lugar, desde el momento en que embarcaron de Europa hacia América se los categorizó como inmigrantes europeos; durante el viaje como coléricos; dentro del lazareto como revoltosos; en el viaje del lazareto hacia el puerto de Río de Janeiro pasaron a ser inmigrantes indeseables, portadores de una “enfermedad pestilencial exótica”, categoría presente en los informes para designar a quienes llegaban al puerto afectados por cólera, peste bubónica o fiebre amarilla. Entonces, como una última categoría impresa en la identidad de este grupo se destaca la de “indeseables” para la salud pública.

Así, fueron indeseables también para las empresas de navegación y para sus países de origen, porque ninguno de ellos quiso repatriarlos. Tampoco formaban un grupo uniforme de inmigrantes que viajaban con un contrato de trabajo como, por ejemplo, aquellos italianos que lo habían hecho bajo la responsabilidad de su patria y de la de Brasil, para quienes existió cierta protección social en 1910. El grupo del que nos ocupamos en esta investigación estaba compuesto por personas de diferentes nacionalidades: muchas familias de rusos, griegos, españoles, sin contrato de trabajo y, en este caso, sin pasaje costado por el gobierno brasileño, ya que su puerto de destino era Buenos Aires y no Brasil.

En el caso del Araguaya, el hecho de que los inmigrantes viajaran en tercera clase fue determinante para que resultaran afectados por el vibrión colérico, que provocaba la enfermedad. Y su destino –la cuarentena, la repatriación, la enfermedad, la muerte o el acceso a la posibilidad de una vida en el nuevo mundo– quedó determinado por el diagnóstico preciso realizado a través de la técnica bacteriológica.

11 Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Diretoria Geral de Saúde Pública. Relatório apresentado a Sua Ex. o Sr. Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores pelo Diretor Geral de Saúde Pública [Oswaldo Cruz], 1903 [Anexo J do Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J.J. Seabra, Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, em março de 1904, volumen 3, p. 15. Río de Janeiro: Imprensa Nacional]. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1900/000920.html>

1. El vapor Araguaya

En octubre de 1910 llegó al puerto de Salvador de Bahía el paquebote Araguaya de la *Royal Mail Steam Packet Company*, con casos de cólera a bordo. A los pasajeros que iban a bajar en este puerto se les prohibió desembarcar y el navío fue direccionado al Lazareto de Ilha Grande, en Río de Janeiro:

“El médico a bordo dijo que había tres casos de enteritis. Los médicos Andrade (Raymundo), médico y jefe de la policía marítima y su ayudante, Dr. Baggio, se miraron y subieron. El Dr. Andrade, minutos más tarde, ordenó que la lancha del servicio sanitario del puerto regresara a tierra e impidió la nave. El buque dejó el embarcadero y atracó en frente al desinfectorio federal. No se permitió la libre práctica. Los enfermos y los muertos eran todos de la tercera clase”.¹²

El transatlántico llegó a Brasil con enfermos a bordo, mientras que los cuerpos sin vida de las víctimas de la enfermedad habían sido arrojados al mar durante el viaje. Ni el comandante ni alguien de la tripulación informaron a los pasajeros sobre la existencia de la epidemia a bordo. El Araguaya era uno de los ocho navíos de la clase “A” de la compañía, es decir, de lujo, con compartimentos con camas individuales y ventiladores eléctricos en primera. Medía 157,02 metros de longitud y tenía capacidad para transportar 300 pasajeros en primera clase, 100 en segunda y 800 en tercera. Inició la ruta Southampton-Buenos Aires el día 15 de junio de 1906. El vapor traía una recarga importante: solo en la tercera clase había 1028 inmigrantes, es decir, 228 personas más de la capacidad establecida. Trasladaba pasajeros ilustres en primera y en segunda –entre los que se contaban profesionales, periodistas, autoridades brasileñas y argentinas– que no sufrieron ninguna molestia. El caso generó conmoción a nivel nacional, ya que muchos de estos destacados personajes denunciaron a la prensa las negligencias ocurridas.

*14 de octubre de 1910, 16 h, en el Puerto de Salvador de Bahía.*¹³ Raymundo

12 *Gazeta da Bahia*, Bahía, 15 de octubre de 1910, p. 1. SPBN, Río de Janeiro.

13 La opción por esta forma narrativa, con fecha y hora de los acontecimientos, tiene como objetivo reproducir dinámicamente lo ocurrido en las fuentes consultadas. Los principales periódicos del país siguieron diariamente el caso Araguaya y las noticias aparecían en forma de telegramas en los que se consignaban la fecha, la hora y el lugar. En los propios informes gubernamentales, en especial en la descripción del médico Clementino Fraga, los relatos también aparecen en forma de diario, con la descripción de los procedimientos aplicados diariamente. Además, la elección de esta forma de exposición corresponde a una experiencia que dialoga con tres lenguajes: la historiografía, el periodismo y la etnografía, en la medida en que la descripción “densa” de los avatares del Araguaya constituye el encuentro del Servicio Sanitario de los Puertos con la población inmigrante en la experiencia del microanálisis. Sobre los diversos juegos de escala ver Revel (1996), y sobre la influencia del método etnográfico de Clifford Geertz en la historia ver Darnton (1978). Para una crítica a esta perspectiva ver Levi (1999).

de Andrade –inspector de Salud del puerto de Salvador en el estado de Bahía, costa de la región noreste de Brasil– comunicó por telegrama a la Dirección General de Salud Pública (DGSP) que atracaría el paquebote Araguaya, procedente del puerto de Recife (Pernambuco) con tres casos de *cólera-morbus*. El médico de a bordo declaró al doctor Andrade que durante el viaje habían ocurrido tres óbitos de enfermedad común y que uno de los casos de cólera existente era el de un ruso embarcado en Cherburgo.¹⁴

Todos se preparaban para desembarcar, los sombreros se agitaban en la cubierta del buque, cuando una noticia resonó: “‘no se baja nadie!’ -‘¿Por qué?’ Preguntaban, con ansiedad general. ‘Hay cólera a bordo’”. A partir de ese momento todos hablaban y nadie comprendía nada. Se supo que había un enfermo con vómito y diarrea, al cual el médico de a bordo había diagnosticado con cólera-morbo. Sin embargo, nadie quería creer y las protestas aumentaron: “No es cólera, con certeza... Alguna indigestión. Este médico inglés es estúpido!... Naturalmente el inmigrante se llenó de frutas en Pernambuco y hoy está con problemas gástricos”.¹⁵

Andrade se dirigió a tierra para pedir recomendaciones al gobierno federal sobre los procedimientos. Figueiredo Vasconcelos, a cargo de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), telegrafió inmediatamente a Bahía pidiendo a Andrade que impidiera el desembarque de pasajeros y de cargas. Se ordenó al comandante del navío dirigirse al Lazareto de Ilha Grande, donde la DGSP disponía de todos los recursos necesarios para la completa depuración del vapor, así como de un lugar destinado a los pasajeros y de un hospital de aislamiento para los enfermos.¹⁶

Un detalle interesante es que, de acuerdo con la profilaxis sanitaria implementada a través del reglamento de 1904 –que oficializó la hipótesis de la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito *Aedes aegypti*–, el lazareto había perdido sentido, dado que la ciencia había demostrado como innecesarias las antiguas prácticas de profilaxis portuaria, tales como las desinfecciones y la cuarentena. No obstante, como no había otro lugar en el puerto donde más de mil inmigrantes con sospechas de contaminación por cólera pudieran desembarcar con seguridad, o sea, sin que la enfermedad se esparciera por la ciudad rápidamente, se ordenó que el Araguaya se dirigiese a Ilha Grande. Esta medida fue utilizada también como una forma de evitar el pánico en la población.

14 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-7. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000389.html>

15 Lemos, F. (1910, octubre 22). Relato sobre o Araguaya. *Correio da Manhã*, p. 1. SPBN, Río de Janeiro.

16 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-7. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000389.html>

A pesar de todo el cuidado tomado en Bahía para que la enfermedad no se propagara a lo largo del territorio nacional, un grave error había ocurrido en Recife, primer puerto de escala del Araguaya en Brasil: el navío desembarcó pasajeros y recibió nuevos. Con esta información en mano, Figueiredo Vasconcelos envió un telegrama para el doctor Fernandes de Barros, director del Segundo Distrito Marítimo, con sede en Pernambuco, en el que le pedía con urgencia informaciones sobre por qué el Araguaya había tenido libre práctica en Recife. Barros le informó entonces que la visita sanitaria al paquebote había sido hecha por su ayudante, el doctor Padilha, quien le había informado sobre la presencia de tres óbitos durante el viaje, uno de síncope cardíaca, otro de nefritis y el tercero de oclusión intestinal. Incluso mencionó que durante la visita no había enfermos dentro del navío, que los libros de a bordo no registraban nada sospechoso, y tampoco el recetario médico. Padilha resaltó incluso que, al hablar con algunos pasajeros, ninguno afirmó tener información sobre enfermedades ocurridas a bordo. Además, el paquebote había salido de Southampton, considerado puerto limpio (indemne), y había atracado en Cherburgo, Francia; en Vigo, España; en Lisboa, Portugal; e Isla de Madeira, de los cuales traía patente limpia. En el registro de a bordo, por otra parte, constaban únicamente los tres óbitos por enfermedades comunes, es decir, no infecciosas. Por lo tanto, había tenido libre práctica en Pernambuco.¹⁷

La desconfianza que rondaba en el aire tenía que ver con los casos de cólera que habían empezado a aparecer desde el inicio del viaje. Sin embargo, de acuerdo con la tarjeta de salud, el navío había tenido libre práctica en Vigo, Lisboa y Madeira. En estos puertos hubo pasajeros que embarcaron y otros que desembarcaron, aparentemente al menos, con total normalidad, por lo cual las autoridades sanitarias no tuvieron la más mínima desconfianza de lo que sucedía. Según el Director de Salud Pública brasileño, el comandante y el médico de a bordo habían engañado completamente a las autoridades sanitarias de los diferentes puertos, con la ventaja de haber salido de Southampton, como ya señalamos, puerto considerado limpio en aquella ocasión. Entre Pernambuco y Bahía se habían producido tres casos de cólera. El número de enfermos, con certeza, asombró al comandante y al médico de a bordo, y a pesar de ello, todavía en Bahía intentaron eludir la autoridad sanitaria para realizar el desembarque y la descarga de mercancías. Andrade, inspector de dicho puerto, telegrafió un poco después al Director de Salud Pública en la capital con el objetivo de transmitirle informaciones más precisas sobre el caso, e indicó que el médico de a bordo al principio le había declarado que se habían producido tres óbitos de enfermedad común a lo largo del viaje y que, en

17 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-7.8. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000389.html>

aquella ocasión, existía solamente un pasajero con diarrea. El inspector pidió entonces ver al enfermo. Después de mucha insistencia, el médico del transatlántico confesó que había cólera a bordo y que no había necesidad de exámenes, pues ya había asistido a tres epidemias de esa enfermedad y no tenía dudas de que el mal se estaba extendiendo.¹⁸ El primer caso había ocurrido el 1º de octubre, en un pasajero de la tercera clase de nacionalidad rusa, quien falleció dos días después. En el diario del médico de a bordo, según informaciones de un periodista brasileño que viajaba en el vapor, se mencionaba el diagnóstico de cólera seguido de un signo de interrogación. Esto debió de impresionar al médico de tal manera que, al llegar al puerto de Lisboa, los pasajeros supieron sorpresivamente que el desembarque estaba prohibido. Hubo protestas y “no se sabe basándose en qué principio de higiene naval el comandante terminó por hacer la voluntad de los quejosos, condescendiendo al desembarque”. En Lisboa también embarcaron gran número de personas, “como normalmente ocurre en este puerto”.¹⁹

Desde ese punto a la Isla de Madeira y de allí a Pernambuco la epidemia recrudeció y se cobró dos víctimas más, cuyos cuerpos fueron arrojados al mar. A pesar de la existencia de la enfermedad en el vapor, en todos estos puertos subieron nuevos pasajeros y otros (infectados o no) bajaron. El día 13 de octubre, por la tarde, el Araguaya partió de Recife a Salvador de Bahía. El día 14, al mediodía en punto, de acuerdo con el diario de a bordo, se verificó que el paquebote había navegado 350 millas en 22 horas y 40 minutos, batiendo el récord de velocidad en el mar. El comandante probablemente estaba aterrorizado por el hecho de que en él viajaba una pasajera enferma. Según los informes del médico de la compañía, era el cuarto caso de la enfermedad. Fulminada por el mal en pocas horas, el cuerpo de la niña fue arrojado al océano en las proximidades de Bahía. Solo entonces, con un óbito reciente y un hombre en estado grave, las autoridades brasileñas fueron conscientes de que el mal estaba a bordo. De acuerdo con los pasajeros, si la niña no hubiera muerto tan rápido –más que la carrera del navío– no se habría indicado nada a los médicos de la Inspectoría de Salud del puerto de Bahía. Los viajeros habrían desembarcado y otros habrían subido con destino a Río de Janeiro y a diversos puertos de escala –Santos o Montevideo–, por donde el navío pasaría llevando la enfermedad hasta su destino final: Buenos Aires.²⁰

18 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-7. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000389.html>

19 *Correio da Manhã*, 22 de octubre de 1910, p. 1. SPBN, Río de Janeiro.

20 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-7. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000389.html>

1.1. El embarque de los inmigrantes en Europa

Como ya fue señalado, el Araguaya trasladaba a un gran número de inmigrantes en tercera clase y muchos profesionales y comerciantes ricos en primera y segunda. Uno de estos era el doctor Mário Salles, quien regresaba de Europa a Río de Janeiro en compañía de toda su familia. Según este médico, luego de partir de Cherburgo la atención de los pasajeros se centró en el modo brutal en que se había realizado el embarque de los de tercera, enviados a las bodegas como si se tratara de ganado. No había habitaciones suficientes para “aquella pobre gente, allí acumulada, una gran masa de hombres, mujeres y niños”.²¹

Al abandonar Cherburgo pocas horas después, corrió la noticia de que había fallecido un hombre en la tercera clase y, como era costumbre, su cuerpo fue arrojado al mar.²² El vapor siguió para Vigo y dos días después dos emigrantes más enfermaron, una española y un ruso. Antes de llegar a la Isla de Madeira, se había informado que la española había muerto de cáncer de estómago y su cadáver también fue arrojado. Según el doctor Salles, hubo discrepancias entre las autoridades en Lisboa: los médicos del puerto y el de a bordo no estuvieron de acuerdo en relación con la epidemia, de modo que los pasajeros no pudieron desembarcar al llegar y solo pudieron hacerlo después de una larga discusión. En la ruta entre Lisboa y la Isla de Madeira fallecieron dos rusos más.

Por ser médico, Salles obtuvo informaciones privilegiadas en primera clase, facilitadas por su colega de a bordo, que no fueron divulgadas entre los viajeros para evitar el pánico. Sobre el último ruso enfermo, el médico de a bordo le informó que no se trataba de una enfermedad contagiosa, por lo que el embarque y desembarque se habían realizado normalmente en los distintos puertos. A pesar de ser un navío de lujo, el servicio prestado era en general de mala calidad, pero el de la tercera clase resaltaba por la brutalidad con que era tratada la gente, así como por la falta total de higiene. El comentario de Salles sobre la forma en que se entregaban las comidas ejemplifica esta situación:

“A estos infelices, la comida fue arrojada como carne para perros, porque entre ellos había peleas constantes, repetidos altercados, sin hablar de los que fueron observados por la disputa por alojamiento. Era triste y desgarrador el aspecto de

²¹ Salles, M. (1910, octubre 22). O desembarque dos imigrantes do vapor Araguaya. *Gazeta de Notícias*, p. 1. SPBN, Río de Janeiro.

²² En los buques, la experiencia con la enfermedad podía ser más degradante y dolorosa, especialmente para las familias, ya que era absolutamente necesario lanzar el cuerpo al mar para evitar el contagio. Esto impedía llevar adelante los rituales de muerte de acuerdo con las creencias religiosas, por ejemplo, el del entierro (Ariès, 1977).

tal inhumanidad, arrojados en una porquería completa".²³

Según Salles, el médico de a bordo estaba completamente calmado durante el viaje e intentó no levantar sospechas de que hubiese alguna epidemia. En compañía del doctor Salles había otros cuatro colegas de profesión, a los cuales tampoco nada les parecía fuera de lo común, aunque en el viaje ya habían tenido cuatro muertes. Al dejar Lisboa una española enfermó y llegó la noticia de que dos enfermos más habían bajado a la enfermería –un marinero de la guarnición y una niña de 9 años–, cuando el Araguaya ya estaba cerca de Pernambuco. El marinero había muerto de insolación, según el médico de a bordo.

Después de atracar en Pernambuco, “el navío salió para dar una vuelta. ¿Sabe usted qué es lo que hicieron? Arrojaron al mar a la pequeña de nueve años que estaba enferma, pues ésta murió en el puerto”, dijo el profesional con indignación al periodista de la *Gazeta de Notícias*. Fue el sexto cadáver lanzado al mar. A partir de entonces, dos inmigrantes más presentaron la infección. Cuando llegó a Bahía, ya no fue posible disimular que en el vapor había un brote de cólera.²⁴

En Bahía no se aceptó el desembarque y la Inspectoría de Salud del Puerto comunicó oficialmente lo que ocurría. Las familias entraron en pánico. Salles y sus cuatro amigos médicos –Floriano Lemos, Pacheco Mendes, Câmara Sampaio y el argentino Vicente Constantino– pidieron ropas de lino y fueron al alojamiento de inmigrantes, allí descubrieron que en la enfermería, además de los dos coléricos, había un enfermo de viruela moribundo.

Otros pasajeros, de primera y segunda clase, también fueron entrevistados por la prensa. Dijeron que el mal había aparecido en Vigo, donde las autoridades sanitarias impidieron el desembarque de algunas personas. En Lisboa otros tampoco pudieron desembarcar. Al ver el estado a bordo, una comisión del puerto se reunió por un largo período con el comandante. Éste, a partir de ese momento, cambió su conducta y dejó de acercarse a los pasajeros, lo que provocó que algunos empezaran a sospechar que algo raro ocurría, y entonces apareció el pánico. Por ello, se arrojó al mar un cadáver cuando se servía la comida, para no atraer la atención de los viajeros. Cuando se supo que el paquebote se quedaría en cuarentena en Ilha Grande, “el pánico fue indescriptible en la primera clase. Angustiadas, muchas familias regresaron a sus camarotes”.²⁵

23 Salles, M. (1910, octubre 22). O desembarque dos imigrantes do vapor Araguaya. *Gazeta de Notícias*, p. 1. SPBN, Rio de Janeiro.

24 Salles, M. (1910, octubre 22). O desembarque dos imigrantes do vapor Araguaya. *Gazeta de Notícias*, p. 1. SPBN, Rio de Janeiro.

25 Salles, M. (1910, octubre 22). O desembarque dos imigrantes do vapor Araguaya. *Gazeta de Notícias*, p. 1. SPBN, Rio de Janeiro.

1.2. La lucha contra la epidemia a bordo

En el puerto de Salvador de Bahía, a las once y media de la noche, el doctor Clementino Fraga, delegado por el gobierno para tratar el caso hasta la llegada de otras autoridades, subió al Araguaia con una gran cantidad de sulfato de cobre para utilizar en el servicio de desinfección. Al ingresar a bordo habló con algunos y les mostró un telegrama de la DGSP:

“Araguaia, el cólera a bordo. Sería útil ver a un profesional competente como usted conducir el servicio de profilaxis a bordo. Apelo a su patriotismo, protección de la salud en beneficio de Brasil, invito a aceptar la responsabilidad”.²⁶

La primera medida adoptada fue comparar la lista de pasajeros de los puertos de escalas anteriores para verificar si estaba de acuerdo con la que había sido enviada por el puerto de Bahía. Solo de esta manera se podría desmentir o confirmar la información de cuántos cadáveres habían sido lanzados al mar y si fueron registrados efectivamente en el número de óbitos. A la medianoche, tras tener el primer contacto con los pasajeros, el médico conversó con el comandante Pope, quien lo recibió personalmente. Enseguida, Fraga intentó hablar con el doctor de a bordo y ambos permanecieron en conferencia hasta las cuatro de la mañana, examinaron el registro clínico de la nave, el recetario y tomaron informaciones sobre los casos ocurridos. Fraga también cuidó del cadáver que se conservaba en el vapor y aconsejó a los restantes profesionales el modo correcto de preparación del cuerpo, respetando la “distancia de la costa, calculada por la velocidad del navío, ya en ruta, con la premeditación del momento en que debía ser lanzado al mar”. No había desinfectantes y los medicamentos eran escasos. En esas condiciones, el aislamiento perdía su principal finalidad, la de atacar el foco de la infección. Inicialmente, se debía desinfectar todo el compartimiento y recoger la ropa, los utensilios, las secreciones y excreciones de los enfermos (como heces, vómitos y muestras de esputo) en recipientes con soluciones antisépticas para ser tratados antes de ser lanzados al agua.²⁷

26 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. 3. Disponible en: <http://brasil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000006.html>

27 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-13, S2-10. Disponible en: <http://brasil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000395.html>

Una vez hecho esto, Fraga se centró en las medidas de protección a los pasajeros sanos y en la tripulación. Exigió el suministro exclusivo de agua hervida en las mesas y camarotes, prohibió los alimentos crudos tales como ensaladas y frutas; asimismo, aconsejó el uso de hielo. Sugirió beber limonada, verificó la limpieza de los cubiertos, la higiene de la vajilla y de los cubiertos, que debían ser lavados con agua hirviendo. Las informaciones referentes al aseo e higiene individual se fijaron en carteles escritos en varios idiomas y en las tres clases. El médico requirió que los límites entre la primera y segunda clase fueran respetados y guardados día y noche, lo que efectivamente se hizo con tal rigor que en una ocasión el marinero de guardia le impidió al propio Fraga entrar a la tercera clase, puesto que no lo había reconocido. El doctor controló a los enfermos Ivan Bukil, un ruso de 60 años, una española de 25 años y Vito Romero, de origen italiano. En los días siguientes también se enfermó Julia Bukil, de la familia de Ivan.²⁸

15 de octubre, 3 h de la mañana en el muelle Pharoux, Río de Janeiro. Los observadores indicaron a un grupo de hombres que, a pesar del frío de aquella madrugada, se desnudaran; se tenían que quitar el traje, el pantalón y se debían colocar blusas, pantalones y un gorro en la cabeza con las iniciales de la DGSP: se trataba de un grupo de desinfección embarcado para el Lazareto de Ilha Grande. Llevaban pulverizadores de sustancias antisépticas y un aparato *Clayton* para la limpieza de las bodegas del navío.

A las cinco de la mañana, Figueiredo Vasconcelos partió para Ilha Grande en el remolcador Marechal Vasques cedido a la DGSP por el Ministerio de Guerra, en compañía de Jaime Silvado, inspector de Desinfección del Puerto de Río de Janeiro, además del jefe del Laboratorio de Bacteriología Emílio Gomes y del jefe del Servicio de Aislamiento y Desinfección Lopes Cruz. En el mismo instante en que salía el remolcador que trasladaba a las autoridades, partía también la barca de desinfección Pasteur con el personal y el material para el servicio en el lazareto.²⁹

Según el plan de viaje, el Araguaya debía llegar al puerto de Río de Janeiro el 16 de octubre y a Buenos Aires el 26. Sin embargo, de acuerdo con los reglamentos sanitarios, ahora debía permanecer en el lazareto durante cinco días, período de incubación del cólera. Uno de los médicos de la comisión, el bacteriólogo Eugênio Lindemberg, prosiguió su viaje hasta el puerto de Santos a fin de mantener una severa inspección a bordo.

28 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-14. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000396.html>

29 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-10. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000393.html>

1.3. Una visita, una protesta y un intento de revuelta

Fraga, acompañado de los doctores Salles, Mendes y Constantino, visitó los alojamientos de la tercera clase del Araguaya. El grupo de médicos quedó asombrado, “todo aquello llegaba al absurdo! El compartimiento de los rusos y griegos parecía tener el piso cubierto de lodo, sin aire, sin luz, húmedo y con un olor nauseabundo. Se comprimían allí mil y tantas criaturas humanas! Para agravar la situación, habían pagado a la compañía de navegación el importe de aproximadamente cien contos de réis!” Los pasajeros de primera decidieron recoger firmas para denunciar las irregularidades ocurridas durante el viaje, porque los pasajeros de tercera clase superaban por mucho el máximo de la capacidad del compartimiento, provocando un “espectáculo doloroso e inhumano”, y la distribución de la alimentación se hacía en pequeños recipientes de aseo dudoso. La falta de alimento suficiente para todos suscitaba escenas en las que “cada trozo era disputado entre luchas y a veces hasta con armas blancas”.³⁰

17 de octubre, 9 h de la mañana. Cuando en el horizonte apareció la silueta del Araguaya, la barca que llevaba a las autoridades procedió al anclaje. Vasconcelos, junto con las demás autoridades, se dirigió inmediatamente a bordo y fue recibido en la escalera del transatlántico por Fraga, en compañía del médico de la *Royal Mail*. Fraga hizo un breve resumen al Director de Salud Pública sobre la epidemia de cólera, que para entonces había sido confirmada, aunque solo clínicamente, en los pasajeros de tercera. Indicó que por suerte el brote era de contagio directo, ya que no había casos entre los pasajeros de primera y segunda clase, y además el agua del paquebote no estaba contaminada, factor determinante para limitar la cantidad de casos. En posesión de las informaciones recibidas a través del doctor Fraga en el Araguaya, el Director de Salud Pública regresó al lazareto y distribuyó las tareas a cada profesional que lo acompañaba. Así, el doctor Alvim quedó encargado de la parte administrativa, el médico Silvado de la desinfección de los tanques de agua y del depósito de aguas residuales, el doctor Emílio Gomes debía quedarse en el hospital acompañando a los enfermos para darles toda la asistencia y recoger material para las investigaciones bacteriológicas, las cuales serían iniciadas por Carlos Rohs; por último, el médico Lindemberg dirigiría la desinfección de los alojamientos.³¹

Mientras tanto, Lopes da Cruz se ocuparía del desembarco de los pasajeros

30 Salles, M. (1910, octubre 22). O desembarque dos imigrantes do vapor Araguaya. *Gazeta de Notícias*, p. 1. SPBN, Rio de Janeiro.

31 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brazil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-11,12. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000393.html>

de la tercera clase en el lazareto, así como de la desinfección de la ropa, maletas y colchones. Sobre la media mañana de aquel lunes, acompañados por el enfermero y el ayudante del hospital de aislamiento, se transportó a los cuatro enfermos –dos pasajeras: una española y una rusa, y dos tripulantes– en una embarcación de a bordo remolcada por una lancha de motor. Las dos mujeres, cuyo aislamiento se podría haber llevado a cabo en el propio compartimiento de proa del navío, fueron trasladadas a la cubierta de la tercera después de ser retirados todos los demás pasajeros para evitar el contagio. La española, que ya se encontraba convaleciente, descendió sin ayuda; en cambio la rusa tuvo que ser conducida en una camilla asistida por una enfermera y falleció horas más tarde. Uno de los pasajeros parecía estar en grave estado, con los “ojos hundidos en la cavidad de las órbitas”. Era casi mediodía cuando se terminó el traslado y la lancha fue atada por un cable a la popa del navío, para después ser adecuadamente desinfectada.³² Inmediatamente se procedió al desembarque de la tercera. Hasta entonces se contaban veinte casos con diecisiete decesos. Dos marineros estaban afectados, uno de ellos doce horas después ya tenía aspecto de “cadáver ambulante”. Los pasajeros contemplaban asombrados el traslado de los enfermos a la lancha tripulada por los marineros de a bordo.³³ Eran las cuatro y media de la tarde cuando la primera oleada de inmigrantes embarcó en el balandro, mientras llovía a cántaros “una lluvia que llenaba de niebla el aire y oscurecía el paisaje marino”.³⁴

Para el descenso hicieron un cordón sanitario separando las clases, y el Director de Salud Pública decidió no desembarcar a los pasajeros enfermos, pues concluyó que al retirar de a bordo a los de tercera, entre los cuales se propagaba la epidemia, se desplazaría el foco hacia el lazareto. Como no tenían elementos para evaluar el grado de infección existente ni tampoco para prever la extensión futura de la epidemia entre los desembarcados, Vasconcelos temía que se extendiera el foco de infección al ser retirados de a bordo los pasajeros de primera y segunda clase. Por lo tanto, estarían más seguros si permanecían en el navío. Después, se acordó que serían llevados a la capital por paquebotes fletados por la *Royal Mail Steam Packet* que llegarían a Ilha Grande en tres días, luego de la desinfección completa del Araguaya.

32 *Correio da Manhã*, 22 de octubre de 1910, p. 1. SPBN, Río de Janeiro.

33 *O Paiz*, 22 de octubre de 1910, p. 2. SPBN, Río de Janeiro.

34 *Correio da Manhã*, 22 de octubre de 1910, p. 1. SPBN, Río de Janeiro.

1.4. En el laboratorio

“Una gota de líquido superpuesto en una placa, una infinidad de pequeñas huellas en forma de coma, de color azul oscuro, más de 500 de aquellas huellas. Era el cólera!”.³⁵ Solamente a las diez y media de la noche del lunes llegó a bordo la primera noticia referente a las investigaciones técnicas realizadas en tierra, con el fin de averiguar la naturaleza del mal. Fraga informó a los pasajeros que los estudios efectuados a los enfermos revelaron un gran número de gérmenes y solamente faltaba la confirmación con el resultado de los cultivos.

Trasladadas estas colonias de gérmenes a los tubos con gelosa, se obtuvieron los cultivos de un vibrión semejante al colérico, con sus reacciones coloreadas. Para finalizar la identificación se empleó el método de aglutinación, mediante el uso de un suero anticolérico elaborado en el Instituto Oswaldo Cruz que dio resultado positivo. Por lo tanto, quedó claramente establecida la enfermedad que se extendía en el Araguaya, y en las autopsias de los cadáveres se demostraron lesiones típicas de cólera.³⁶

20 de octubre, 8:30 hs de la mañana en Ilha Grande. Tras la reunión mantenida entre el comandante Pope y las autoridades sanitarias brasileñas, se tomó la decisión de partir hacia Río de Janeiro con los pasajeros de primera y segunda clase que tenían esa ciudad como destino final. Desde muy temprano el puerto se llenó de personas a la espera de los familiares y amigos del Araguaya, quienes protagonizaron escenas conmovedoras cuando comenzó el desembarco.³⁷ Mientras tanto, en el lazareto, Vasconcelos pidió al ministro de Guerra que mandara a Ilha Grande un contingente de la fuerza de línea para ayudar en el trabajo de control de la policía, teniendo en cuenta las protestas de los inmigrantes, provocadas porque habían visto a los demás pasajeros saliendo de la isla. El ministro, en respuesta a la petición del director de Salud Pública, envió al día siguiente un contingente de veinte soldados bajo el comando de un oficial, que permanecería en la isla a disposición del director del lazareto.³⁸

Los inmigrantes estaban indignados por la liberación de los pasajeros de primera y segunda, pues “todos vinieron juntos, en el mismo barco”. Ante esta situación, en el lazareto se izó la bandera roja como pedido de socorro. El acorazado

35 *Gazeta de Notícias*, 22 de octubre de 1910, p. 1. SPBN, Río de Janeiro.

36 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-18. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/1907/000400.html>

37 *Correio da Manhã*, 22 de octubre de 1910, p. 1. SPBN, Río de Janeiro.

38 *O Paiz*, 21 de octubre de 1910, p. 2. SPBN, Río de Janeiro.

Floriano con sus marineros atracó en la isla y consiguió restablecer la calma sin que fuese necesario el empleo de la fuerza.³⁹ Después de tres días, las pruebas clínicas confirmaron la inexistencia de portadores del bacilo entre los pasajeros sin síntomas, lo que dio luz verde para que los inmigrantes fueran liberados del lazareto y continuaran hacia sus destinos. La compañía tuvo dificultades para encontrar un barco que quisiera hacer el servicio. Los días pasaban y los pasajeros continuaban en el lazareto, cuando la DGSP decidió intervenir y consiguió que el paquebote Iris los embarcara con destino hacia la capital, pero las autoridades no los recibieron al llegar al muelle Pharoux.

En Buenos Aires, el gobierno decidió enviar un barco de vapor para reunirse con el Araguaya, con el objetivo de recibir a los pasajeros de primera y de segunda clase que se dirigían a la capital argentina. Estos debían permanecer en observación durante cinco días en absoluta incomunicación, si en ese lapso no se advertía ninguna anomalía podían desembarcar. El paquebote inglés llegó a Buenos Aires el 26 de octubre, en la fecha prevista. Las autoridades sanitarias también tomaron providencias para que los pasajeros de la tercera clase fueran aislados en el lazareto de Martín García durante cinco días y para que el buque fuese severamente desinfectado al entrar en el puerto. La epidemia fue controlada, el Araguaya llegó al puerto del Río de la Plata sin que se produjeran más casos de la enfermedad, según fue comunicado a la DGSP por el Departamento de Higiene de Buenos Aires.⁴⁰

Consideraciones finales

En el presente artículo estudiamos el caso del vapor Araguaya para describir y analizar la experiencia con la enfermedad durante la travesía de inmigrantes europeos hacia Brasil y Argentina, destacando las condiciones sanitarias que permitieron que, en una población catalogada en pasajeros de diferentes clases y tipos que viajaba en un mismo navío, se declarara la enfermedad solo en aquel grupo que padeció desventajas comparativas respecto de las condiciones de alimentación y de higiene con el resto de los pasajeros. El barco que llegó a Brasil con destino final en el puerto argentino fue objeto de modernas prácticas sanitarias y de los presupuestos de una teoría médica institucionalizada en ambos países. El examen bacteriológico en los puertos permitió una más amplia racionalidad en cuanto a identificación y prevención de enfermedades. La experiencia acumulada por los servicios sanitarios de los puertos y los esfuerzos de la salud pública en las luchas

39 *Gazeta de Notícias*, de 22 de octubre de 1910, p. 1. SPBN, Río de Janeiro.

40 Ministério da Justiça (Ministro Rivadavia da Cunha Corrêa). Relatório dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil em abril de 1911. Anexo, Diretoria de Saúde Pública, 1910-1911, p. S2-24. Disponible en: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1907/000406.html>

antiepidémicas, permitieron no solo fomentar los avances científicos sino también la recepción e inspección de poblaciones en el territorio nacional. Esta situación ofreció nuevos campos de investigación, que acompañaron la emergencia de la bacteriología y de la medicina tropical. En el análisis de este caso se observa el drama vivido por los pasajeros, los médicos, las autoridades y la población en la experiencia con enfermedades y epidemias en el inicio del siglo XX. El barco de vapor Araguaya se constituye así en un experimento radical con las nuevas tecnologías y prácticas utilizadas por el servicio sanitario de los puertos, con el objetivo de frenar epidemias mediante la aplicación concreta del diagnóstico bacteriológico.

Es necesario hacer una aclaración importante: en el ciclo de la migración en masa, entre 1870-1930, Argentina se situó en posición destacada. Después de Estados Unidos, fue el país que atrajo el mayor número de inmigrantes hacia el continente americano, principalmente en el período que va de 1890 a 1930. El hecho de que no tuviera inmigración subsidiada, es decir, el pago de pasajes y otros beneficios para el inmigrante, no significó la inexistencia de una política de atracción ni la despreocupación con respecto a los países competidores, en especial Brasil (Fausto y Devoto 2004, pp. 174-175).

Las convenciones ciplatinas dictaron no solamente las prácticas de prevención internas, inherentes a cada país y presentes en sus legislaciones sanitarias, sino que también exponían las experiencias externas de las naciones signatarias y reglamentaban la actuación de los navíos extranjeros en cada puerto, a través de la profilaxis de las enfermedades pestilenciales y el control de los pasajeros embarcados. Estas convenciones fueron las bases de otras posteriores, en particular del Código Sanitario Panamericano de 1924, primer acuerdo sanitario de alcance efectivamente continental (Cueto, 2007).

Uno de los objetivos de Roy Porter (1985) fue estudiar la experiencia con la enfermedad a partir del punto de vista no solo de los médicos, sino principalmente de los pacientes, lo que ha generado un nuevo enfoque en la historiografía de la medicina, conocida como la “historia desde abajo” (*history from below*). Este autor siguió la corriente de la historiografía inglesa preocupada en escuchar a los trabajadores y a la gente común, es decir, a aquellos cuyas voces no se registraban o habían sido directamente silenciadas por las fuentes oficiales y tradicionales (Thompson, 1966), cuestión que nos interesa abordar desde nuestro punto de vista.

La historia del proceso migratorio ha sido explicada a través de fuentes oficiales, de los relatos de las autoridades médicas y policiales y de algunos registros dejados como memorias por inmigrantes o sus descendientes. A pesar del intento de acercarnos a través de las fuentes a la experiencia con la enfermedad durante la travesía, es importante señalar que el testimonio de los inmigrantes no se pudo registrar directamente, ya que toda la narrativa se construyó por medio del relato

de los pasajeros de primera clase a los periódicos de la época. Sin embargo, tales registros permiten, a pesar de los sesgos que este tipo de interpretaciones puede significar, acceder a la esperanza, la angustia, el sufrimiento y el dolor de quienes se aventuraron en la travesía por el Océano Atlántico.

Referencias bibliográficas

1. Ackerknecht, E. (1948). Anticontagionism between 1821-1867. *Bulletin of History of Medicine*, 22, 562-593.
2. Ariès, P. (1977). *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Río de Janeiro: Francisco Alves.
3. Benchimol, J. (1992). *Pereira Passos: um Haussmann tropical. A renovação urbana da cidade do Río de Janeiro no início do século XX*. Río de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração.
4. Benchimol, J. (1999). *Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Río de Janeiro: Fiocruz.
5. Benchimol, J. (2001). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Río de Janeiro: Bio-Manguinho-Fiocruz.
6. Brito, N. (1995). *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Río de Janeiro: Fiocruz.
7. Chernoviz, P. (1904). *Formulário e Guia Médico*, 17ª ed. París: Livraria de A. Roger e F. Chernoviz.
8. Cueto, M. (2007). *O Valor da Saúde: História da Organização Pan-Americana da Saúde*. Traducción Vera Ribeiro. Río de Janeiro: Fiocruz.
9. Darnton, R. (1986). *O grande massacre de gatos*. Río de Janeiro: Graal.
10. Douki, C. (2011-12). Protection sociale et mobilité transatlantique: les migrants italiens au début du XXe siècle. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2, 375-410. Disponible en: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ANNA_662_0375
11. Fausto, B. y Devoto, F. (2004). *Brasil e Argentina: um ensaio de história comparada (1850-2002)*. San Pablo: Editora 34.
12. Kapelusz-Poppi, A. (2011). José Penna y Salvador Mazza en tiempos del cólera. Salud, inmigración y legitimidad política en la Argentina de 1910. *Temas de Historia Argentina y Americana*, 19, 116-155.
13. Levi, G. (1999). Os perigos do geertzismo. *História Social*, 6, 137-146.
14. Porter, R. (1985). The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society* (14) 2, 175-198.

15. Ramos, J. (2006). *O poder de domar o fraco: construção de autoridade e poder tutelar na política de povoamento do solo nacional*. Niterói: Editora da UFF.
16. Revel, J. (Org.) (1996). *Jogos de escala: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: FGV.
17. Rosenberg, C. y Golden, J. (Eds.) (1977). *Framing disease. Studies in cultural history*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
18. Rosental, P. (2006). Géopolitique et État-Providence: Le BIT et la politique mondiale des migrations dans entre-deux-guerres. *Annales Histoire, Sciences Sociales* 1 (61), 99-134.
19. Santos, M. dos (2009). *O Porões da República: a barbárie nas prisões da Ilha Grande, 1894-1945*. Rio de Janeiro: Garamond.
20. Thompson, E. (1966). History from Below, *The Times Literary Supplement* (abril 7), issue 3345, 279-280.
21. Weindling, P. (Org.) (1995). *International Health Organization and Movements 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press.