

Nuevo Mundo Mundos Nuevos

Nouveaux mondes mondes nouveaux - Novo Mundo Mundos Novos - New world New worlds

Débats

2009

Historizar los cuerpos y las violencias. América Latina, siglos XVII-XXI

Sin puerto para el sueño americano. Políticas de exclusión, inmigración y tracoma en Argentina (1908-1930)

Without port of entry for the American dream. Politics of exclusion, immigration and trachoma in Argentina (1908-1930)

MARÍA SILVIA DI LISCIA ET MELISA FERNÁNDEZ MARRÓN
<https://doi.org/10.4000/nuevomundo.57786>

Résumés

Français English Español

Ce travail analyse le trachome, pathologie de l'œil qui peut provoquer la cécité, à la lumière des politiques de migration développées en Argentine. La détection de la conjonctivite granulaire, autre nom du trachome, fut une cause de rejet, à partir de 1908 et jusqu'au milieu des années quarante. Le nombre de personnes atteintes diminua dans les années trente. La maladie fut aussi une cause d'empêchement pour les candidats à l'immigration russes, polonais (juifs) et syriens-libanais, entre autres groupes d'exclus. Nous examinerons les pratiques employées par les agences telles le *Departamento Nacional de Migración* et le *Departamento Nacional de Higiene*, qui ont mis en place ce système d'exclusion à un moment critique de l'entrée des migrants dans le pays, depuis la réglementation qui est en lien avec les processus de discrimination et de xénophobie. Seront aussi analysées les stratégies élaborées par les sujets pour résister à cette violence, dans un pays dont la modernité appelait l'entrée de populations migrantes.

This paper studies trachoma, an ocular pathology that may cause blindness, in the context of the migratory politics developed in the Argentinean Republic. The detection of the granular conjunctivitis was a reason for rejection from the 1908 until the mid-1940s, despite its decrease started one decade before. The disease was also presented as an argument to prevent the entrance of groups of Russian, Polish (Jewish) and Syrian-Lebanese, amongst others. Our aim is to examine the practice used by the agencies that established that system of exclusion, such as the



National Department of Migrations and the National Department of Hygiene, based on a regulation which was related to processes of discrimination and xenophobia. Additionally, this article will analyze the strategies elaborated by individuals in order to resist violence, in a country in which the advertised modernity called for the massive entrance of immigrant population.

Este trabajo plantea el estudio del tracoma, patología ocular que podía llevar a la ceguera, considerando especialmente las políticas inmigratorias desarrolladas en la República Argentina. La detección de la conjuntivitis granulosa, como también fue llamada, fue causa de rechazo a partir de 1908 y hasta mediados de los años cuarenta, pero su número disminuyó en los años treinta. La enfermedad fue también esgrimida como argumento para impedir el ingreso de rusos y polacos (judíos) y sirio-libaneses, entre otros grupos excluidos. Nuestra intención es examinar las prácticas utilizadas por las agencias como el Departamento Nacional de Migración y el Departamento Nacional de Higiene, que instalaron tal sistema de exclusión en el momento crítico del ingreso de los inmigrantes al país, a partir de la reglamentación que se vincula con procesos de discriminación y xenofobia. También se analizarán las estrategias elaboradas por los sujetos para resistir a tal violencia, en un país cuya publicitada modernidad requería el ingreso de población inmigrante.

Entrées d'index

Mots clés : exclusion, migration, trachome, corps

Keywords: Argentina, exclusion, immigration, trachoma, bodies

Palabras claves: exclusión, inmigración, tracoma, cuerpos

Texte intégral

1 Introducción

¹ En 1907, el encargado de la Dirección General de Inmigración escribía en el registro oficial de la institución sobre una nueva enfermedad que producía en otros países “bandas de ciegos e individuos enfermos de la vista, que andan dolientes por todas partes, incapacitados para el trabajo y sembrando a su paso el germen de ese mal terrible que es excesivamente contagioso y de curación difícilísima¹. Aún los curados quedan con tal debilidad en la vista, que ya no son aptos para el trabajo. Por lo general, son ruso – israelitas los portadores de esta enfermedad”². En el relato aterrador de Alsina aparecían unidos al tracoma la peligrosidad de la enfermedad por su consecuencia (la imposibilidad laboral), el contagio y su conexión con determinados grupos étnicos, elementos todos que enmarcaron la enfermedad y le dieron una especial connotación no sólo científica sino social y política³, en relación con los intereses ideológicos de las élites argentinas.

² El ejercicio de la violencia se plantea aquí a partir de la clasificación enunciada por las agencias públicas hacia un tipo de patología calificada como peligrosa a causa de su contagio y de la incapacidad física que llevaba inscripta. En la promoción de respuestas de control, lo que se pretende destacar en este análisis consiste en la implementación de la violencia institucional y sus efectos sobre los que no lograron pisar suelo argentino a fines del siglo XIX y los albores del siglo XX. Salessi señala cómo se produjo, entre los sectores de la élite política argentina, el desplazamiento de la etiología de las epidemias que pasaron de ser concebidas como internas, es decir, producto de condiciones locales, a ser presentadas como extranjeras⁴. La aplicación de una tipología de demarcación de sanos y enfermos impulsó una forma deliberada de discriminación y xenofobia que incluyó, no casualmente, a determinados extranjeros pasibles de contaminar, desde esos cuerpos extraños, el cuerpo nacional.

³ Para lograrlo, la salud nacional, definida como pura virtualidad hacia el futuro, requirió que el estado promulgara a través de sus dispositivos una política de control. En tal sentido, los *expertises* confinados en las distintas administraciones estatales elaboraron programas y proyectos de regulación del cuerpo y la enfermedad. El



correlativo inmediato de este planque se sustentaba en la utopía científica era mostrar y eliminar las consecuencias negativas de una corporalidad en descontrol, libre de la supervisión y vigilancia del estado.

4 La perspectiva constructivista sostiene que el cuerpo no es una naturaleza previa sino, justamente, una construcción social, cultural y discursiva, es decir, el resultado de normas que dan sentido a las prácticas culturales⁵. Foucault le proporcionó a esta noción la del disciplinamiento del cuerpo a partir del biopoder, donde confluyen el discurso médico y la autoridad del estado. Aunque tal conceptualización haya merecido críticas, sobre todo en virtud de su aplicación esquemática y ahistorical, sigue siendo útil para observar la violencia legítima de las instituciones públicas a partir de estrategias de marginación y exclusión⁶. El reto que se nos plantea es, entonces, el estudio en su dinamismo de la interacción normativa y organizativa del orden social a través de la actuación de ciertas instituciones de control, como el Departamento General de Migraciones a partir de sus políticas⁷.

5 Este artículo propone el estudio del tracoma, considerando las políticas inmigratorias desarrolladas en la República Argentina y las resoluciones tomadas para resolver la enfermedad, en la primera mitad del siglo XX. El tracoma es causado por infección con la bacteria *Chlamydia trachomatis*, cuyos síntomas se presentan de cinco a doce días después de haber estado expuesto a ella. La afección comienza lentamente como una conjuntivitis (irritación cerca del ojo, "ojos rojos") y si no recibe tratamiento puede conducir a cicatrización. Si los párpados se irritan de manera severa, las pestañas pueden invertirse y rozar la córnea, produciendo ulceraciones oculares, cicatrización posterior, pérdida visual y hasta ceguera. La enfermedad se propaga a través del contacto directo con el ojo o nariz infectados, secreciones de la garganta o por el contacto con objetos contaminados, como toallas o prendas de vestir. Además, ciertas moscas pueden transmitir la bacteria.

6 La detección de la conjuntivitis granulosa, como también fue llamada, fue causa de rechazo de potenciales inmigrantes entre 1907 y 1943. Su uso como argumento para impedir el ingreso de rusos y polacos (judíos) y sirio-libaneses, entre otros grupos considerados infectados por su pertenencia racial o carencia de hábitos higiénicos, puede observarse de manera más clara entre 1908 y 1914. La selección de "razas" y credos tuvo consecuencias en la generación de la legislación temprana más restrictiva y explícita en relación con esta enfermedad y en su aplicación concreta en los puertos de acceso al país. Así, sobre los cuerpos señalados como enfermos se impusieron formas de dominación para impedir el ingreso al país : la violencia, en este caso, se refleja tanto en la generación de una reglamentación excluyente y marcada por una visión étnica, social y de género, como en su consecuente aplicación. Paulatinamente, el conjunto de medidas prácticas en pro del mejoramiento selectivo de la población extranjera se convirtió en un motor de discriminación de aquellos que podían representar por su aspecto físico, conducta social o política una amenaza al poder.

7 La particularidad de la enfermedad – dificultad en su detección, terapéutica ineficaz, extensión de los focos de infección, entre otros factores – estimuló ciertos cambios en esta concepción. A esa situación médico-social, se añaden también las prácticas de exclusión burocrático-políticas que se impusieron con mayor firmeza al finalizar la I Guerra Mundial y hasta los años treinta.

8 La República Argentina no estuvo aislada en la exclusión de los tracomatosos : se trató de una política general, común a diferentes países americanos en el período de inmigración masiva. EEUU, Brasil y México también poseyeron una legislación específica anti-tracomatosa y esta situación permitió de igual manera la exclusión de grupos étnicos no deseados por causas raciales y/o políticas, pero a los que era más sencillo distinguir bajo el estigma de una enfermedad que en ese momento se calificaba como incurable, inhabilitante y contagiosa.

9 Sin embargo, los recién llegados pueden considerarse más que una "materia inerte" para el ejercicio puro de la dominación y el control. Como hemos señalado, los sectores populares pudieron negociar y resistir a las variadas formas de apropiación de sus cuerpos y comportamientos⁸. Esta particularidad requiere una mirada atenta a



distinguir no sólo las múltiples facetas de la vigilancia médico-social sino también las reacciones a tal situación, manifestadas a nivel individual.

10 A pesar de los avances historiográficos, no hemos registrado aportes en esta temática, salvo algunos aislados, aunque este trabajo se incluye dentro de un debate más amplio, sobre las definiciones étnico-sociales de las élites argentinas en distintos contextos históricos⁹. Las fuentes seleccionadas son editas e inéditas : las *Memorias* e *Informes de la Dirección General de Migración* (serie 1890-1945, incompleta, Archivo y Biblioteca del Centro de Estudios Migratorios, Buenos Aires), los *Partes consulares*, expedientes inéditos donde figura la inspección de los buques (Archivo Intermedio, Buenos Aires), así como manuales y revistas, entre otras publicaciones de referencia médica localizables en la Biblioteca de la Facultad de Medicina (UBA).

11 Al inicio del trabajo, se desarrollan las políticas llevadas adelante en el primer período, que va desde 1907, cuando se pone en marcha una legislación restrictiva para impedir el ingreso de enfermos hasta 1916. En segundo lugar, se focaliza en las prácticas concretas de exclusión y las estrategias de resistencia. Finalmente, se analizan las políticas de rechazo desde 1916 hasta los años treinta, cuando adquieren un peso mayor otras razones, no específicamente médicas, dentro de la burocracia de la Dirección General de Inmigración.

2 Frenar la avalancha de “indeseables”

12 Desde principios del siglo XX, la emergencia de movimientos e ideologías, unida a una visión pesimista de los efectos sociales de la urbanización acelerada (supuesto aumento de la marginalidad, criminalidad y enfermedades sociales), convencieron a las élites argentinas de la peligrosidad de la inmigración. Se alzaron así numerosas voces para señalar la necesidad de seleccionar los futuros trabajadores argentinos, evitando la “mala” inmigración, para formar una comunidad homogénea cultural y racialmente¹⁰. En las palabras de Juan Alsina, director de la principal agencia al respecto, la Dirección General de Inmigración, el ingreso masivo de población rusa, polaca y sirio-libaneses, los contingentes más denostados, introducía en el país habitantes débiles y con bajas cualidades sociales y morales que pudiesen ser “fundidas” en el conjunto nacional para convertirse en obreros y jornaleros útiles, en avezados agricultores y madres responsables de su prole¹¹.

13 La política inmigratoria argentina consistió en el estímulo del ingreso de europeos – especialmente del Norte. La religión de estos conjuntos nacionales no era particularmente un problema, puesto que los protestantes de esos países eran aceptados en virtud de su probada laboriosidad y un examen más profundo de los polacos y rusos incluso los hacía admisible, si se adaptaban al papel de pequeños propietarios y agricultores en las colonias del interior del país, eran obedientes y no pretendían competir como artesanos y/o comerciantes con la población nacional¹². Quienes profesaban religiones no católicas podían ser acogidos en el país, como los sirios, en su mayoría cristianos maronitas, los turcos, musulmanes o los rusos y polacos, algunos de confesión judía, pero existía la sospecha sobre su adaptación a la tradición cultural nacional, supuestamente occidental y católica, y sobre su papel concreto dentro de las fuerzas productivas del país.

14 La ley nº 876, sancionada en 1876, otorgaba beneficios (pasajes, alojamiento en hoteles *ad hoc*, traslado y posibilidades de inserción laboral) a los recién llegados. El artículo 32 señalaba que no podían permanecer en el país los “enfermos de mal contagioso o cualquier vicio orgánico que los haga inútiles para el trabajo ; dementes, mendigos y presidiarios que hubieren estado bajo la acción de la justicia ni mayores de sesenta años, a no ser jefes de familia”¹³.

15 El objetivo primordial de los higienistas era evitar las epidemias de fiebre amarilla, cólera, peste y viruela que asolaron los principales centros urbanos durante la segunda mitad del XIX. Por ello, los hoteles existentes en diferentes puntos del país poseían una



enfermería y se llevaba un registro exhaustivo de las enfermedades y los decesos, que consta en cada una de las *Memorias*. Ante las epidemias, se ponían en marcha las cuarentenas y aislamiento en lazaretos y hospitales para impedir el contagio.

16 El ingreso de personas “moralmente” sanas comenzó a preocupar con mayor intensidad a las élites políticas, en la medida que la avalancha inmigratoria generaba un aumento de los “vicios” disolventes como la criminalidad, la prostitución, las enfermedades mentales y sociales, el alcoholismo y “lacrás” consideradas aún más peligrosas, como movimientos anarquistas o socialistas, que podían amenazar las fuentes mismas de la gobernabilidad¹⁴.

17 En 1898, comienza a observarse mayor celo en la burocracia en el registro de la inspección de los buques, señalando cada uno de los casos de rechazo la nacionalidad de los migrantes y la causal específica del artículo 32 de la legislación aplicada en cada situación. Dicha situación se repitió en las *Memorias* subsiguientes, donde constan también con minuciosidad las restricciones al ingreso de inmigrantes en los vapores que habían incumplido la legislación¹⁵.

18 El rechazo a los inmigrantes con tracoma comenzó a efectuarse en 1907 por primera vez, ante la solicitud del Cónsul español del ingreso de veinte familias de esa nacionalidad a quienes se les había impedido hacerlo en E.E.U.U. La legislación norteamericana era precursora en relación a esta patología ocular y aunque entre 1897-1925 sólo un 1 % de los devueltos lo fueron a causa del tracoma, había interés en demostrar la peligrosidad de la enfermedad y discriminar a los inmigrantes que provenían sobre todo de Grecia, Siria, Italia mediterránea y en general, de Asia¹⁶.

19 Si bien el conocimiento de la legislación norteamericana impulsó la decisión de hacer lo propio en la Argentina, lo que seguramente llevó a prestar una destacada atención a la enfermedad fue su desarrollo explosivo en Brasil. En 1907, uno de los informes publicados en la *Memoria* expresaba que cerca de Sao Paulo, las *fazendas* y los pequeños centros urbanos de los alrededores exponían al mismo tiempo una floreciente cafeicultura y a cientos de miles de enfermos (hasta 300 mil), con vendajes en los ojos, acostados en camas, con anteojos y casi ciegos producto del tracoma. La introducción del tracoma en la zona más pujante del país se había dado por el ingreso irrestricto de “austro-húngaros” e italianos del Sur¹⁷.

20 Alsina tradujo y publicó este *Informe*, llevado adelante por un funcionario italiano, para alertar sobre el ingreso de la infección desde Brasil a través de los grupos étnicos poco deseables, de acuerdo a la concepción vigente. La presión por la selección había hecho posible que en los puertos de embarque de ciertos países europeos hubiese médicos norteamericanos haciendo un examen preliminar a los futuros migrantes. También se citaba la forma de diagnóstico de tracoma de un facultativo norteamericano, quien lo hacía simplemente a la mirada de un párpado enrojecido. No escapaban a este observador las trágicas implicancias de la decisión médica, al prohibir el traslado a uno o varios miembros de las familias afectadas¹⁸.

21 En el Anexo C se incluyó un informe del médico Otto Wernicke referido al examen de tracoma en internos de la Penitenciaría Nacional, alumnos pobres de dos colegios y cerca de tres mil inmigrantes del Hotel. Estas instituciones representaban, de acuerdo a las élites positivistas de entonces, una especie de laboratorio donde observar la “degeneración” de las clases populares. En este ensayo en particular sirvieron como demostración de que la enfermedad ya estaba establecida, es decir, como prueba fehaciente de su existencia entre la comunidad nacional. Wernicke comentaba que entre los inmigrantes asilados había un 31 por mil de italianos con tracoma, un 60 por mil de españoles y un 24 por ciento de los rusos, sin descartar que otros estuviesen ya en la ciudad con la enfermedad a cuestas¹⁹. La peligrosidad era mayor entre los italianos que ingresaban desde Brasil, donde la enfermedad estaba instalada.

22 Los dos Anexos referidos al tracoma son notables ya que no era normal que la Dirección de Inmigración diera lugar a información de este estilo, pero se explica su introducción a raíz del énfasis que intentó dar Alsina a una nueva reglamentación, vinculada con una extensión del artículo 32 de la Ley de Inmigración. En efecto, una resolución nueva (nº 16085) fijó esta patología dentro de las “enfermedades



contagiosas” de manera explícita, para conocimiento de los buques de arribo y de los consulados extranjeros, observando que se había ocasionado en las comarcas de donde provenían los “ruso-israelitas”²⁰.

23 Una nota, emanada del Director del Departamento Nacional de Higiene, Carlos Malbrán, fue utilizada para dar fuerza a la argumentación, a pedido expreso de la Dirección General de Migraciones. Se señalaba aquí que “no debe permitirse la entrada al país de enfermos de tracoma, enfermedad infecciosa y esencialmente contagiosa. Aún bajo el punto de vista económico, su admisión no estaría justificada, porque tratándose de una afección de larga duración, aún convenientemente cuidada, los enfermos casi sin excepción se encuentran inutilizados para el trabajo”²¹.

24 La reglamentación de “enfermedades contagiosas” del artículo 32 había generado que en las inspecciones se detectaran principalmente dos, la tuberculosis²² y el tracoma²³. Desde 1907 hasta el año 1943, cuando se diluye entre otras patologías, la conjuntivitis granulosa participó así de las causas de rechazo para el ingreso. Como es notorio en el Cuadro n° 1 (ver Anexo), tuvo mayor impacto en las primeras dos décadas, tendiendo a desdibujarse en años subsiguientes. Si consideramos los dos períodos con mayor número absoluto de excluidos por esta causa, observamos que, entre 1911-1913, hubo 444 personas reconducidas por tracoma y entre 1923-1925, sumaron 396 personas. Pero los casos de tracoma superan el 50 % del total de las causas en el primer período mientras que se diluyen en el segundo período entre otras causales de exclusión. En el Cuadro n° 2 (ver Anexo) pueden observarse las otras causas de rechazo tipificadas por la Dirección de Inmigración, cuyas categorías fueron variando a lo largo del tiempo.

25 Desde finales del siglo XIX, cada buque que llegaba a los puertos debía ser revisado por funcionarios de la Dirección (visitadores), quienes firmaban con el capitán un Acta donde se dejaba constancia de la cantidad de pasajeros, su lugar de origen y su situación sanitaria, entre otra información general²⁴. En 1911, una nueva reglamentación del sucesor de Alsina, Manuel Cigorrara, determinó que asistiera al ingreso un médico de la repartición. La presencia de estos profesionales contrapesaba el diagnóstico de los visitadores, ya que hasta entonces eran ellos quienes, sin conocimientos específicos, decidían de manera arbitraria la aceptación o el rechazo de los nuevos inmigrantes, para hacer cumplir el artículo 32 de la Ley²⁵.

26 En ese período, el Estado argentino había sido colonizado por un sector de profesionales – médicos, psiquiatras, criminólogos, juristas, abogados, etnógrafos, antropológicos y pedagogos – que se alojó en diferentes esferas políticas vinculadas con la represión y el control social y cuyos ideales coincidían en un lenguaje científico y en propuestas de tono conservador²⁶. Los médicos tenían entonces un lugar destacado en la administración pública y en las diferentes áreas del sistema republicano ya fuera como legisladores, asesores de los jueces, ministros o secretarios. Coerción pero también asistencia, cada uno de estos funcionarios – incluso la policía²⁷ – intervinieron en la esfera pública y privada con políticas de salubridad que evitaran posibles contagios con la población recién llegada enferma. Tanto el puerto como el barco que los había transportado hasta la “París del Plata”, se configuraron en fronteras hacia adentro. La ciudad con sus habitantes, o mejor dicho el país y sus ciudadanos, debían ser protegidos de este nuevo foco infeccioso. De ahí que todo factor que se presumía como tal era necesario ser retirado, aislado y eventualmente eliminado. Dentro del contexto local, la Ley de Residencia (1902) primero y la Ley de Defensa Social (1910) en segundo término, se configuraron en el andamiaje ideológico y conceptual que sostenía el campo de la peligrosidad social y delimitaba ese espacio ocupado y habitado por esos “otros diferentes”, sobre el que habría que operar. Ambas disposiciones legales, en consonancia con el artículo n° 32 de la ley de inmigraciones, intervinieron en la determinación del flujo deseado de inmigrantes convertidos luego en habitantes.

27 Para Cigorraga, en comunicación con el entonces director de la Asistencia Pública, Horacio Piñero, los enfermos de tracoma estaban marcados por una futura ceguera y por lo tanto, considerados ya fuera del ámbito laboral, podían constituir una carga para las instituciones de beneficencia. La enfermedad tenía una larguísima duración y con resultados siempre fatales, por lo tanto, tampoco se les podía albergar en un hospital



especial²⁸. Así, durante la segunda década del siglo XX, el tracoma sirvió como argumento médico-científico para demarcar la inmigración deseable de la indeseable, cuestión que retomaron quienes visualizaban la enfermedad en el interior del país²⁹.

3 Cirugía del excluido : los expedientes de inspección

²⁸ Para examinar más de cerca el proceso de rechazo, se analizaron los “Partes Consulares”, expedientes iniciados por la Dirección General de Migración al ingreso de cada buque o vapor al país³⁰. En los casos donde existían irregularidades, como los que nos competen, se procedía a iniciar un expediente con los inmigrantes rechazados y las causas, anexando una certificación médica donde constaba la patología, una resolución del Director determinando el destino de las personas y las multas y cauciones correspondientes³¹.

²⁹ El examen médico, realizado con un facultativo y un practicante, implicaba no sólo al tracoma sino a otras patologías y debía hacerse a cientos de personas por día, condiciones que permiten dudar sobre su minuciosidad. Además, como hemos señalado, nos encontramos frente al inicio de la oftalmología como especialidad, por lo cual el médico a cargo no tenía más que una formación general sobre el tema y podía confundir el tracoma con otras enfermedades oculares, no tan contagiosas y menos graves³².

³⁰ Se añadía al expediente una fotografía del pasajero “reconducido”, para ser identificado cuando era deportado y a efectos de devolver la caución, en el consulado argentino del puerto de origen. Los inmigrantes en esta situación no eran enviados al Hotel sino que debían permanecer en el barco, bajo la vigilancia de las autoridades del mismo, entre 6 y 7 días. Hemos seleccionado algunos casos que permiten entrever las variaciones de este esquema burocrático y las prácticas concretas utilizadas para impedir el ingreso al país. Estos casos permiten también conocer las reacciones a esas medidas, provenientes de los mismos sujetos sobre quiénes eran aplicadas – varones jóvenes, familias enteras y mujeres solas – reacciones que buscaban resistir sus consecuencias, con mayor o menor éxito.

3.1. Varones jóvenes

³¹ En la mayoría de los casos, estos documentos inéditos registran la enfermedad, la sanción al capitán y la reglamentación llevada a cabo. Esta situación ha sido observada en relación al rechazo de inmigrantes varones y de nacionalidad árabe³³, española e italiana. Pero en otros casos, el resultado final es diferente, como puede observarse a partir de los dos ejemplos siguientes. En 1913, a la llegada del Vapor Asturias, procedente de Southampton con escala en Cherburgo, Vigo, Lisboa, Madeira, Pernambuco, Bahía, Río de Janeiro, Santos y Montevideo, el examen médico determinó que el italiano Doménico Sauzzi de 18 años no podía ingresar al país a causa del tracoma. Seis días después, el Oficial a cargo de certificar su reconducción envió una nota al Director de Inmigración destacando que “a los efectos de las responsabilidades que resultaren que al irse a establecer la vigilancia a bordo del Vapor Asturias para impedir el desembarco de Doménico Sauzzi (...) el capitán del citado buque manifestó que el sujeto de referencia faltaba en su buque desde las 4 a.m. del lunes 24”³⁴.

³² Sauzzi no fue hallado, tal y como había sucedido con el español Juan Romero González en 1912, quien rompió un ojo de buey y escapó del Vapor Paraná, donde estaba recluido hasta esperar el retorno del buque al puerto de Lugo. Su compañero, Antonio Coppello, hubiera hecho lo mismo si no lo hubieran impedido los encargados del barco. Las autoridades fueron inflexibles y a pesar de las súplicas del capitán, quien detalló que había intentado detenerlos obligaron al responsable a pagar la multa ; en el



caso de Romero, el capitán del barco implicado, perdió también la caución de \$ 1.000 m/n puesto que no pudo reconducirlo a su puerto de destino³⁵.

3.2. Un éxodo familiar

33 El 17/02/1913, un buque proveniente de Barcelona, que había tocado los puertos de Río de Janeiro y Dakar, arribó al puerto de Buenos Aires. Entre los 1.404 pasajeros de tercera clase venían las familias de Felipe Bosegli y Giuseppe Castiglione, emparentadas entre sí, con un total de 17 miembros. Los niños, entre 18 meses y 14 años de edad, habían nacido en diferentes puntos del mundo (Grecia, Turquía e Italia). El examen médico determinó que 12 personas de esa familia estaban contagiadas de tracoma y que debían ser en consecuencia, reconducidas al puerto de origen luego del pago de una multa y caución. A diferencia de otros expedientes, en los que directamente el funcionario actuaba y deportaba a los inmigrantes en falta según el artículo 32, en este caso puede suponerse cierta duda de las autoridades, puesto que el mismo día del arribo, el inspector se entrevistó con el padre de una de las familias (con un traductor), quien narró la epopeya de todo el grupo : Biegla expresó que en 1895 había dejado su tierra natal, Italia, para dirigirse a Grecia, donde se radicó durante doce años e hizo venir a su segunda esposa y a la familia de aquélla. Ambas familias se trasladaron a Turquía, donde los varones trabajaban como foguistas en una empresa italiana. La guerra contra Italia determinó que, en 1911 fueran expulsados y debieran dirigirse nuevamente a Italia (Sicilia), desde donde obtuvieron pasajes del gobierno para llegar a la Argentina³⁶.

34 En el desplazamiento, las familias habían atravesado Grecia y Turquía, donde el tracoma era endémico, de acuerdo a la información de la época, pero al embarcarse en Génova, “no se les hizo observación alguna respecto a la enfermedad de que están atacados”. La “triste situación por los perjuicios recibidos”, según declaraban, no hizo mella en el Director General de Migración, quien, a pesar del informe elevado – presumiblemente, para destacar las dificultades del grupo – impidió su admisión al país. A diferencia de otros casos, el relato de sus desafortunadas experiencias debió llamar la atención puesto que se decidió no llevarlos nuevamente a Génova sino permitir que descendieran en el puerto de su elección (Montevideo). Tampoco figuran la multa y/o caución abonada por el Capitán, que dado la cantidad de personas implicaría una suma importante, por lo cual podemos inferir que en este caso se exceptuó el pago.

35 En otras ocasiones, ese pago de multa se hacía efectivo y se impedía el ingreso de todo el grupo familiar aunque sólo menores de corta edad fueran afectados, por “razones de humanidad” y para no desmembrar las familias. Tal fue la situación que se presentó en 1914, cuando se diagnosticó tracoma a niñas de 2 y 4 años, Rafaela y Juana García, ambas españolas. Los padres y una hermana mayor fueron “reconducidos” para evitar que quedaran las menores “solas y desamparadas” en el barco. La resolución de la Dirección General de Inmigración hacía constar esta situación, ya que sólo dos miembros de los cinco tenían tracoma y por lo tanto, la legislación no afectaba a los sanos³⁷.

3.3. Mujeres enfermas

36 Una de las primeras descripciones de Alsina en las *Memorias* de casos de rechazo corresponde a la situación de una austriaca, judía, viuda y con un hijo, aquien, por estar “enferma de la vista”, un agente de las empresas de transporte le vendió un pasaje al país en el Vapor Salamanca. La mujer deseaba arribar a los EEUU, pero se le insistió que su enfermedad haría imposible el ingreso directo ; sin embargo, el viaje era posible en tren y duraba sólo siete días³⁸. Había llegado al país con engaños y a pesar de relatar su historia a las autoridades fue rechazada. El artículo nº 32 preveía que se impidiera el



ingreso de mujeres sin sostén económico familiar previsible (“mujeres solas”). De acuerdo a Guy, esta situación estaba vinculada con la detección de red de trata de “blancas” – mujeres captadas para la prostitución. Se trata de la aplicación de una concepción inferiorizante de género, donde los cuerpos femeninos eran considerados más débiles y por lo tanto, requerían de una protección mayor que los cuerpos masculinos³⁹.

37 Como el caso anterior, las mujeres solas con tracoma podían ser rechazadas con más argumentos, aunque algunas resolvieron apelar la decisión. La justificación consta en relación al caso de Isabel de la Cruz Díaz, quien presentó por intermedio de su abogado un recurso de Habeas Corpus en mayo de 1915, aduciendo que no era inmigrante. Se le había denegado la entrada por ser una pasajera de 3era clase, “ciega y sordomuda”. El juez ordenó su libertad y en consecuencia, se consintió la acogida al país, pero la Dirección General de Inmigración apeló el fallo y la Corte Suprema consideró las argumentaciones de esta agencia, expresando que la mujer estaba “afligida de enfermedad contagiosa a la vista y es notoriamente inhábil para el trabajo”, por lo cual “no puede ni debe desembarcar”. El expediente implicó una mínima demora (del 3 al 15 de mayo), lo cual hace destacar la celeridad de la justicia en estos casos. El cambio de causa de rechazo es notorio, ya que de ciega y sordomuda pasó a ser enferma de la vista – muy presumiblemente, por tracoma.

38 La hermana de Isabel, Pilar de la Cruz Díaz, había realizado los trámites legales, insistiendo que no era inmigrante sino pasajera, cuestión que aceptó el juez de primera instancia. Las autoridades inmigratorias aceptaban generalmente la petición de un familiar que ya estaba en el país, si se podía demostrar que tenían recursos para mantener al recién llegado – como puede observarse en los casos de personas de más de 60 años. Pero el máximo organismo judicial del país denegó la entrada de Isabel al territorio argentino a causa del tracoma, influyendo la opinión de la Dirección más que la del juez de primera instancia en este aspecto⁴⁰.

39 Si una de las condiciones para ser favorables candidatos a formar parte de la sociedad argentina era poseer “cualidades físicas y morales para hacer buenos establecimientos de hogar”, los ejemplos analizados claramente no cumplían, según las autoridades, con dicho aspecto⁴¹. El orden social vigente, con una mirada estigmatizante, señaló a los enfermos como elementos “peligrosos” para la salud física y cívica del pueblo. Esta serie de casos permite, además de profundizar en las prácticas, demarcar algunas estrategias individuales y/o familiares de resistencia y negociación implementadas frente al examen médico y la decisión de limitar el avance de enfermos para el cuerpo social argentino.

40 En estas historias plagadas de desaciertos e infortunios, cada uno de sus protagonistas se enfrentó desde sus posibilidades a un sistema que los rechazaba. Confinados por días en lazaretos fijos o flotantes y casas de aislamiento, los sujetos con los ojos aparentemente debilitados fueron objeto de violencias que excedían los fines políticos para anclarse en los propios cuerpos. Como consecuencia, en un primer momento, los encargados del control alegaron razones de orden corporal para la discriminación de los inmigrantes enfermos las que luego trocaron por razones que implicaban deficiencias morales y valores peligrosos en la persona. Enfatizar la violencia ejercida hacia los tracomatosos como norma estable de conducta de aquellos que regulaban el ingreso al país fue una respuesta a la incertidumbre, a los cambios sociales y culturales que comenzaban a afectar a la Argentina de fines del novecientos e inicios del nuevo siglo. El gesto de excluir a algunos por sus deficiencias físicas estaba impregnado de una clara intención reivindicatoria y propagandística implementada por un país que se ofrecía al mundo como un lugar sano y civilizado. De allí que estuviera presente la intención de trasladar “la distinción entre lo normal y lo patológico a la sociedad nacional en su conjunto, estableciendo de ese modo fronteras entre un Yo sano y un Otro enfermo”⁴².

 Del programa homogeneizador y aparentemente abierto de inmigración se pasó, durante los primeros años del siglo XX, a una política exclusiva y clasificatoria de lo diferente. Poseedores de un cuerpo siempre a punto de descontrolarse, las historias de

los rechazados como Doménico Sauzzi, de la familia Bosegli o de Isabel de la Cruz Díaz nos hablan de la manera en que fueron percibidos : como criaturas marcadas, víctimas de la necesidad de coherencia y cohesión de la deseada comunidad nacional.

4 Alterar el orden político y social

⁴² Entre 1914 y 1918 hubo un pronunciado descenso de la inmigración, producto de la I Guerra Mundial y por lo tanto, también fue menor el número de rechazados (ver Cuadro nº 1 y Cuadro nº 2). Al margen de este proceso, la Dirección General de Migraciones intentó explicitar aún más las categorías de rechazo, para que no hubiese dudas entre los funcionarios encargados de dirimir la entrada de la población. Manuel Cigorraga destacaba que era fácil distinguir a quienes llegaban con una enfermedad contagiosa – recordemos : tracoma y tuberculosis –, a los que tenían “vicio orgánico” (los mutilados, por ejemplo) y a sexagenarios, pero resultaba más difícil encuadrar a mendigos, dementes y a quienes tenían cuentas anteriores con la justicia.

⁴³ Estos últimos eran los más peligrosos, y luego de la Guerra, se esperaba un aluvión de “indeseables” que volvieran a contaminar el país⁴³. Una nueva reglamentación del artículo 32 discriminó en 1916 las categorías, destacando la necesidad de precisar cada una de ellas : así, entre las de “vicio orgánico”, se incluía a ciegos, sordomudos, paralíticos e inválidos ; la de “demente”, a idiotas, epilépticos y afectados de enajenación mental, la de “mendigo”, a gitanos. Los pasaportes exigidos hasta entonces habían demostrado ser deficientes, y por ello, se anexaba ahora un certificado de los agentes judiciales del país de procedencia, donde debía constar que carecían de antecedentes contra “el orden social” desde un tiempo anterior, es decir ya diez años antes del ingreso al país. Se debía anexar un retrato al pasaporte y aquéllos que no presentaran en forma la documentación serían restituidos a los puertos de origen, multándose a los capitanes de los barcos por su introducción ilegal⁴⁴.

⁴⁴ En 1919, se restringió el acceso sobre todo por la falta de documentos necesaria. La aplicación de la medida, suspendida preventivamente en 1916 debido a los desórdenes bélicos en Europa, se consideraba imprescindible dado el torrente de “perturbadores del orden” que deseaban ingresar al país. La exigencia de pasaportes y de certificados de salud expedidos en los consulados de origen aparecía en este momento como la mejor defensa frente a la expansión de personas con “ideas disolventes”⁴⁵.

⁴⁵ Así, a la argumentación médica sobre la peligrosidad del tracoma se le añadió la exclusión de los inmigrantes por causas criminales y políticas. Esta situación está vinculada con dos cuestiones : por un lado, con el hecho de que la enfermedad ya estaba en el país y por otro, con la existencia de un control burocrático más afinado para impedir el ingreso a personas con “malos antecedentes”. En los años siguientes, los rechazos por causas políticas fueron en aumento, aduciendo un “saneamiento” demográfico más eficaz⁴⁶.

⁴⁶ El interés se concentró en examinar las diferentes nacionalidades, para probar numéricamente cómo se daba la relación entre grupos étnicos y patologías⁴⁷. En 1920 constan en la documentación examinada las causales de rechazo junto a la nacionalidad de los inmigrantes, pero en el caso del tracoma, se trataba de una pobre argumentación : ese año, de los 24 rechazados por esta enfermedad, se había excluido a 8 españoles, 1 francés, 8 italianos, 1 húngaro, 1 portugués y 5 sirios. La revisión incluyó unas 36 nacionalidades diferentes, y la concentración de casos entre españoles e italianos se debía a su mayor número absoluto dentro del total de inmigrantes. Los inmigrantes sirios con tracoma eran mencionados como prueba que vinculaba las defectuosas razas del Cercano Oriente y quienes provenían de allá con la enfermedad, pero a la vez, los 3 casos (francés, húngaro y portugués) hacían menos clara esta relación, así como el hecho de que hubiese griegos, polacos y rusos sin ella⁴⁸.

Por entonces, la vinculación de la patología con un grupo étnico determinado parece haberse desarticulado : a pesar de tantas precauciones, el tracoma había ingresado al



país. A mediados de los años 1920 se mencionaban centenares de enfermos extranjeros en los hospitales públicos y de las colectividades del mismo Buenos Aires⁴⁹. Las distintas agencias sanitarias encargadas de combatir el tracoma – el Departamento Nacional de Higiene, los Consejos de Higiene de las provincias y asociaciones paraestatales nacionales e internacionales –, aunque no de manera mecánica ni al unísono, desarrollaron algunas estrategias para su eliminación, considerando el riesgo que presentaba para el futuro de la nación. Hacia 1945, el tracoma se incorporó, como otras enfermedades, en las campañas sanitarias realizadas para evidenciar la intención social del gobierno peronista y con la impronta del gobierno de Carrillo⁵⁰.

5 Conclusiones

48 Las enfermedades, sobre todo aquéllas para las cuales no existe una cura segura y que tienen un alto grado de dispersión, constituyen elementos centrales para percibir las formas de exclusión de una comunidad. La violencia sobre los cuerpos se visualiza en estos casos a raíz de la aplicación de normas legales, cuya institucionalización, avalada por la autoridad médica, disimula la marginación étnica, de género o social.

49 El tracoma, patología detectada a principios de siglo, se vincula directamente al ingreso de inmigrantes en un período en el cual las élites políticas, con un discurso científico, dispusieron iniciar un proceso de selección étnica mayor. La conjuntivitis granulosa fue incluida de manera explícita como causa de rechazo en la reglamentación de la Dirección General de Inmigración de 1907, dejando así de ser considerada como mero “mal contagioso”. En la Argentina, eso fue posible porque se conjugó el conocimiento de la aplicación de una legislación similar en los EEUU con la certeza de casos muy frecuentes en el Brasil y porque se contó, además, con el apoyo final del Departamento Nacional de Higiene.

50 El conocimiento de los flujos migratorios hacía pensar a las principales agencias de admisión de población y de control sanitario que la limitación de ingreso en el país del Norte de América obligaría a muchos inmigrantes a tomar el camino al Sur y que llegarían oleadas de población descartada por su calidad étnica y social. La extensión de la patología en Brasil, junto con alertas sobre su contagio y peligrosidad, generó también otra preocupación, ya que era notorio en la primera década del siglo XX que una parte importante de la población italiana se desplazaba desde ese país latinoamericano a Argentina.

51 Pero además de las razones médicas, el tracoma funcionaba también como un pretexto, en la medida que brindaba la justificación científica para la separación y marginación social y étnica. Determinados conjuntos sociales, cuestionados por su pertenencia religiosa y más aún, por supuestas características culturales, sociales y raciales anormales y/o inferiores, fueron los primeros en estar en la mira de las autoridades : las *Memorias* son elocuentes en la inclusión sistemática de la población de Cercano Oriente, o centroeuropea, dentro de los grupos peligrosos, ya que al contagio del tracoma se podía sumar el contagio de ideologías y “antisociales”.

52 La conjuntivitis granulosa permitía, dada su inmediata relación con prácticas antihigiénicas, otro grado mayor de exclusión. Los individuos o familias de muy escasos recursos podían ser “marcados” antes de poner el pie en el país, en círculos de exclusión concéntricos : a la raza “anormal”, se sumaba la pobreza y la debilidad femenina, en el caso de las mujeres. Para médicos con escasa experiencia y muchos prejuicios, y a diferencia de otras enfermedades que requerían un examen más profundo para ser detectadas, el tracoma – o alguno de sus supuestos síntomas – estaba, justamente, a la vista. De acuerdo a Gayol y Kessler, el ejercicio de la violencia institucional sobre los sectores subalternos tiene como función esencial mantener el orden social⁵¹. En nuestro caso de análisis, tal violencia se manifiesta desde la constitución de las normas que incluyen el tracoma hasta su puesta en funcionamiento a través de los exámenes médicos y los mecanismos, tanto burocráticos como represivos, para evitar el ingreso al



país de los enfermos o supuestos enfermos, evitando así la contaminación del cuerpo nacional. La permanente predisposición de los funcionarios estatales de circunscribir y postular un ideal común de ciudadano coincidió con la transformación de la medicina como fuente privilegiada de saber para diagnosticar las condiciones de la salud social y moral. En este contexto, la preocupación por los efectos de una inmigración indeseada fue el punto de anclaje de una inquietud más amplia acerca de cómo disciplinar los cuerpos en beneficio del Estado. La alarma nacía de la aparición imprevista y del aumento de una serie de fenómenos negativos (crimen, prostitución, locura), que sin duda generalizaron la sensación y sospecha de un peligro inminente.

53 Ahora bien, los inmigrantes, en algunos casos en los que hemos podido profundizar, resistían a las medidas : escapaban del barco, buscaban ayuda legal para argumentar y poner a su favor el aparato jurídico o detallaban las dificultades que habían tenido para llegar al país, con el objeto de sensibilizar a las autoridades. Quizás también ponían en marcha otras estrategias, como tratar de sobornar a los encargados de vigilarlos o a los médicos y funcionarios de la Dirección, pero sobre estas cuestiones no tenemos datos al respecto ya que se trata de documentos oficiales donde se evaden estas cuestiones.

54 Luego de la I Guerra, los instrumentos de la demarcación entre los “indeseables” – que querían ser considerados como parte del “cuerpo” sano de la Nación – y los moralmente idóneos fueron de orden burocrático, mucho más que de orden médico-social. El tracoma siguió considerándose una patología que obligaba a distinguir entre inmigrantes aptos para el trabajo y los potenciales enfermos, pero ya no era la principal causa de rechazo y tampoco era posible, dado su contagio, responsabilizar a algunos grupos sobre otros.

55 Los estudios médico-estadísticos realizados en el interior de la Argentina también llevaron a moderar tales consideraciones, ya que la enfermedad no respetaba nacionalidad alguna y abundaba donde había escasos recursos económicos y graves problemas higiénicos. La extensión del tracoma en el Norte del país, a raíz de la misma dispersión de los inmigrantes y de la circulación laboral permanente, significó volver la mirada sobre al menos tres conjuntos sociales posibles de contagio o ya definitivamente enfermos : los escolares, los trabajadores y los soldados. El descenso de la inmigración de ultramar impactó también en las calificaciones del tracoma como patología exótica, asumiéndose un carácter definitivamente local. Pero esta es ya otra historia, donde participa una medicina social preventiva y autoritaria a la vez.

6 Fuentes

Fuentes editadas

56 Ameghino, A., “Datos sobre la profilaxis mental de la República Argentina”, *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Social*, 1923, p. 170-212.

57 Barbieri, Antonio, “El tracoma en la República Argentina, *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, vol. XXX, 1924.

58 *Informe estadístico del año 1932*, Dirección General de Inmigraciones (mimeo).

59 *Informe estadístico del año 1943*, Dirección General de Inmigraciones (mimeo).

60 *Informe estadístico del año 1948*, Dirección General de Inmigraciones (mimeo).

61 Ingenieros, J., *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Cooperativa Editorial Limitada, 1920.

62 “Memoria correspondiente al período junio de 1946-mayo 1952” en *Ministerio de Salud Pública de la Nación*, Buenos Aires, Talleres Gráficos, 1952.

63 *Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1890*, Director : Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Pablo Coni e hijos, 1891.

 *Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1891*, Director : Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Pablo Coni e hijos, 1892.

- 65 *Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1898*,
Director : Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Biedma e hijos, 1899.
- 66 *Memoria del Departamento General de Inmigración correspondiente al año 1899*,
Director : Juan Alsina, Buenos Aires, Imprenta Biedma e hijos, 1900.
- 67 *Memoria de la Dirección General de Inmigración correspondiente al año 1908*
Director : Juan Alsina, Buenos Aires, Talleres de Publicaciones de la Oficina
Meteorológica Nacional, 1909.
- 68 *Memoria de la Dirección General de Inmigración correspondiente al año 1913*,
Director : Manuel Cigorraga. Buenos Aires, Talleres Gráficos del Ministerio de
Agricultura, 1915.
- 69 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1919*
Director : Remigio Lupo. Buenos Aires, Talleres Gráficos de la Nación, 1920.
- 70 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1920*
Director : Remigio Lupo. Buenos Aires, Talleres Gráficos de la Nación, 1921.
- 71 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1923*
(mimeo).
- 72 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1925*
(mimeo).
- 73 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1926*
(mimeo).
- 74 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1927*
(mimeo).
- 75 *Memoria correspondiente al ejercicio de 1924, Dirección General de Inmigración*.
Director : Juan P. Ramos, Buenos Aires, Talleres Gráficos del Ministerio de Agricultura,
1925.
- 76 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1932*
(mimeo).
- 77 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1933*,
Director : Guillermo Zalazar Altamira. Buenos Aires, 1934.
- 78 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1934*
(mimeo).
- 79 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1936*
(mimeo).
- 80 *Memoria de la Dirección General de Inmigración, correspondiente al año 1937*,
Buenos Aires, Ministerio de Agricultura, Dirección de Propaganda y Publicación,
Publicación Miscelánea nº 83, 1940.
- 81 *Movimientos Migratorios Generales, Dirección General de Inmigración, 1938*
(mimeo).
- 82 *Movimientos Migratorios Generales, Dirección General de Inmigración, 1946*
(mimeo).
- 83 *Quinquenio 1923/1927. Comentarios. Comparaciones. Necesidades*. Dirección
General de Inmigración. Director : Juan P. Ramos (mimeo).
- 84 Secretaría de Salud Pública de la Nación, Dirección de Política y Cultura Sanitaria,
Nota sobre mapa sanitario nacional, Buenos Aires, diciembre, 1947.

Fuentes inéditas

- 85 Vapor Francesca, Partes consulares. AGI, 1909, caja 156. Exp. D/2329.
- 86 Vapor Ravenna, Partes consulares. AGI, 1909, caja 160. Exp. D/1581.
- 87 Vapor Príncipe/Re Umberto, Partes consulares. AGI, 1912, caja 14.
- 88 Vapor Valvanera, Partes Consulares. AGI, 1912, caja 15, Exp. D/3630.
- 89 Vapor Paraná, Partes Consulares. AGI, 1912, caja 20. Exp. 5157.
- 90 Vapor Laura, Partes Consulares. AGI, 1913, caja 1, Exp. D/158.
- 91 Vapor Plata, Partes Consulares. AGI, 1913, caja 5. Exp. I/834.
- 92 Vapor Indiana, Partes Consulares. AGI, 1913, caja 5. Exp. 1093.

- 93 Vapor Asturias, Partes Consulares. AGI, 1913, caja 5. Exp. D/1069.
- 94 Vapor Re Vittorio, Partes Consulares. AGI, 1913, caja 7. Exp. 10/3.
- 95 Vapor Barcelona, Partes Consulares. AGI, 1913, caja 8. Exp. 28/III/1678.
- 96 Vapor Barcelona, Partes Consulares. AGI, 1914, Exp. D/98.
- 97 Vapor Infanta Isabel, Partes Consulares. AGI, 1913, caja 13, Exp. D/2451.
- 98 Vapor Asturias, Partes Consulares. AGI, 1913, caja 17, Exp. D/3339.
- 99 Vapor Blücher, Partes Consulares. AGI, 1914, caja 1, Exp. D/94.
- 100 Vapor Cap. Vilano, Partes Consulares. AGI, 1914, caja 2. Exp. D/441.
- 101 Vapor Cap. Vilano, Partes Consulares. AGI, 1913, Exp. D/2724.
- 102 Vapor Córdoba, Partes Consulares. AGI, 1914, caja 3. Exp. 422/D6I.
- 103 Vapor Reina Victoria Eugenia, Partes Consulares. AGI, 1914, caja 3. Exp. D/338.
- 104 Vapor Cap. Arcona, Partes Consulares. AGI, 1914, caja 4, Exp. D/63.
- 105 Vapor La Gascogne, Partes Consulares. AGI, 1914, caja 8, Exp. D/1269.
- 106 Vapor Provence, Partes Consulares. AGI, 1912, Exp. D/3802.
- 107 Vapor Hohenberg, Partes Consulares. AGI, 1909, Exp. 103149.

Bibliographie

Ansolabehere, P., “El hombre sin patria. Historias del criminal anarquista”, en Caimari, L. (comp.), *La ley de los profanos. Delito, justicia y cultura en Buenos Aires (1870-1940)*, Buenos Aires, FCE-San Andrés, 2007, p. 173-208.

Armus, D., “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”, en Lobato, M. Z. (dir.), Nueva Historia Argentina, Tomo V, *El progreso, la modernización sus límites (1880-1916)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000, p. 507-551.

_____, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, 2007.

Bestene, J. O., “Dos imágenes del inmigrante árabe : Juan A. Alsina y Santiago M. Peralta”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, año 12, nº 36, 1997, p. 281-303.

Bernasconi, A., “Aproximación al estudio de las redes migratorias a través de las listas de desembarco. Posibilidades y problemas”, en Bjerg, M. y Otero, H. (comp.), *Inmigración y redes sociales en la Argentina moderna*, Tandil, IESH-Cemla, 1995, p. 191-202.

Bohoslavsky, E., y Di Liscia, M. S. “Introducción. Para desatar algunos nudos (y atar otros)”, en Di Liscia, M.S. y Bohoslavsky, E. (eds.), *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, EDULPAM-UNGS-Prometeo Ediciones, 2005, p. 9-19.

Blackwelder, J. K., “Urbanization, Crime and Policing”, en Lyman L. Jonson (ed.), *The Problem of Order in Changing Societies. Essays on Crime and Policing in Argentina and Uruguay*, Albuquerque, University of New Mexico Press, 1990, p. 65-87.

Caimari, L., *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en Argentina, 1880-1955*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2004.

_____(comp.), *La ley de los profanos. Delito, justicia y cultura en Buenos Aires (1870-1940)*, Buenos Aires, FCE-San Andrés, 2007.

Castro Santos, L. A., “Poder, ideologías e saúdes no Brasil da Primera República : ensaio de sociología histórica”, en Hochman, G. y Armus, D. (org.), *Cuidar, controlar, curar. Ensaioos históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004, p. 249-293.

Cibotti, E., “Del habitante al ciudadano : la condición del migrante”, en Lobato, M. Z. (dir.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000, p. 365-408.

Cházaro, L. y R. Estrada, (eds.), “Introducción”, en Cházaro, L. y Estrada, R. (ed.), *En el umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*, Zamora-Puebla, El Colegio de Michoacán, 2005, p. 11-34.

Devoto, F., “Políticas migratorias argentinas y flujo de población europea (1876-1925)”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, nº 11, abril, 1999, p. 135-158.

_____, *Historia de la Inmigración en Argentina*, Buenos Aires, Sudamericana, 2004.

Di Liscia, M. S., “Imaginarios y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del XIX y principios del XX)”, *Entrepasados, Revista de Historia*, nº 33, 2008, p. 49-69.



_____, “Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940)”, Session : History, Health and Culture in the Americas’ Country/ História, Saúde e Cultura nas Américas, en *International Congress Latin American Studies Association-Rethinking Inequalities*, Rio de Janeiro, 11-14 de junio, 2009.

Galeano, D., “Cuerpos desordenados. La Policía de Buenos Aires y la epidemia de fiebre amarilla de 1871”, en Mallo, S. y Moreyra, B. (eds.), *Miradas sobre la historia social en la Argentina en los comienzos del siglo XXI*, Córdoba, CEH-CEHAC, 2008.

Gayol, S. y Kessler, G., “Introducción”, en Gayol, S., y Kessler, G., *Violencias, delitos y justicias en la Argentina*, Buenos Aires, Manantial-UNGSam, 2002, p. 13-38.

Gómez Bravo, G., “La violencia y sus dinámicas : crimen y castigo en el siglo XIX español”, *Dossier Orden, violencia y estado, Historia Social*, nº 51, España, 2005, p. 93-110.

González Leandri, R., *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Madrid, CSIC, 1999.

Guy, D., *El sexo peligroso. La prostitución legal en Buenos Aires 1875-1955*, Buenos Aires, Sudamericana, 1994.

Markel, H., “The Eyes Haves It : Trachoma, the Perception of Disease, The United States Health Service and The American Jewist Immigration Experience, 1897-1924”, *Bulletin of History of Medicine*, 74, 2000, p.525-560.

Nouzeilles, G., *Ficciones somáticas. Naturalismo, nacionalismo y políticas médicas del cuerpo (Argentina, 1880-1910)*, Rosario, Beatriz Viterbo editora, 2000.

Oliver Olmo, P., “El concepto de control social en la historia social : estructuración del orden y respuestas al desorden”, *Dossier Orden, violencia y estado, Historia Social*, nº 51, España, 2005, p. 73-91.

Otero, H., *Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal en la Argentina moderna, 1869-1914*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2006.

Rosenberg, C., “Disease and Social Order in America : Perceptions and Expectations”, *Milbank Quarterly* 64 (sup. 1) p. 34-55, 1986.

_____, “Framing disease : Illness, society and history”, en Rosenberg, C., *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 305-318.

Salessi, J., *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina (Buenos Aires, 1871-1914)*, Rosario, Beatriz Viterbo Editora, 2000.

Salvatore, R., “Sobre el surgimiento del Estado Médico legal en la Argentina, (1890-1940)”, *Estudios Sociales*, nº 20, año XI, 2001, p. 81-114.

DOI : 10.14409/es.v20i1.2464

Document annexe

- - Anexo al artículo de Di Liscia y Fernández (application/msword – 100k)

Notes

¹ Agradecemos la gentileza de Alicia Bernasconi (Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos, CEMLA) y del personal del Archivo General de la Nación (AGN) - Departamento Archivo Intermedio (DAI) para la consulta del material y a María Bjerg (Universidad Nacional de Quilmes) la lectura atenta y las sugerencias realizadas.

² Dirección General de Inmigraciones (en adelante DGI) Alsina, J., *Memoria de la Dirección General de Inmigración correspondiente al año 1908*, Buenos Aires, Talleres Gráficos del Ministerio de Agricultura, 1909, p. 53.

³ Para Charles Rosenberg las enfermedades constituyen objetos histórica y socialmente enmarcados (*framed*), mediante ciertos procedimientos cognitivos y sociales que las definen como entidades específicas, ver Rosenberg, C., “Framing disease : Illness, society and history”, en Rosenberg, C., *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 305-318. Al mismo tiempo, se presentan como ‘moldes’ para la sociedad, imprimiéndole impactos, valores y significados. Ver también Rosenberg, C., “Disease and Social Order in America : Perceptions and Expectations”, *Milbank Quarterly*, nº 64 (sup. 1), 1986, p. 34-55.



4 Salessi refiere el uso de una estrategia basada en el panóptico a través de la cual las autoridades médicas observaron y regularon la población, especialmente a partir de 1890, cuando se produce la percepción de una avalancha difícil de contener a causa de la inmigración masiva. La vigilancia panóptica se tradujo en la diversificación y centralización de los dispositivos de salubridad, como los inspectores y médicos dispuestos para examinar los barcos y las cuarentenas y lazaretos cuando se sospechaban o detectaban las enfermedades. Salessi, J., *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina* (Buenos Aires, 1871-1914), Rosario, Beatriz Viterbo Editora, 2000, p. 27. Consideramos que tal visión puede ser moderada, en relación a una intención de resolución de las epidemias no rebasó el puerto de Buenos Aires y que fue, a pesar de sus amplios objetivos, sólo tuvo implicancias en esa ciudad, a partir de las reformas de la infraestructura urbana.

5 Laquear es citado en Cházaro, L. y Estrada, R., “Introducción”, en Cházaro, L. y Estrada, R. (eds.), *En el umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*, Zamora-Puebla, El Colegio de Michoacán, 2005, p. 13.

6 Bohoslavsky, E. y Di Liscia, S., “Introducción. Para desatar algunos nudos (y atar otros)”, Di Liscia, S., y Bohoslavsky, E. (eds.), *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, EDULPAM-UNGS-Prometeo Ediciones, 2005, p. 1-19.

7 Sobre algunos estudios que indagan sobre la relación entre cuerpos y la aplicación de violencia institucional, ver por ejemplo, en el *Dossier Orden, violencia y estado, Historia Social*, nº 51, España, 2005, los trabajos de Oliver Olmo, P., “El concepto de control social en la historia social : estructuración del orden y respuestas al desorden”, y de Goméz Bravo, G., “La violencia y sus dinámicas : crimen y castigo en el siglo XIX español”, p. 73-91 y p. 93-110 respectivamente.

8 Bohoslavsky, E. y Di Liscia, S., “Introducción...”, *op. cit.*, p. 11.

9 Nuestros propios aportes pueden citarse al respecto Di Liscia, M. S., “Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940)”, Session : History, Health and Culture in the America’s Country/ História, Saúde e Cultura nas Américas, en *International Congress Latin American Studies Association-Rethinkin Inequalities*, Río de Janeiro, 11-14 de junio, 2009, mimeo. Una síntesis sobre la problemática sanitario-social en Armus, D., “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”, en Lobato, M. Z. (dir.), *Nueva Historia Argentina, Tomo V : El progreso, la modernización y sus límites* (1880-1916), Buenos Aires, Sudamericana, 2000, p. 507-551. Sobre la legislación y la intervención médica ver Salvatore, R., “Sobre el surgimiento del Estado Médico legal en la Argentina (1890-1940)”, *Estudios Sociales*, nº 20, año XI, 2001, p. 81-114.

10 En 1914, llegaron unas 65.000 personas del Imperio Otomano y unos 93.000 rusos. En los años veinte, y como producto de las políticas restrictivas de los EEUU, ingresaron al país un número creciente de migrantes centroeuropeos y de Asia Menor. Bestene señala que gran parte de la población de la última región ingresó con el pasaporte del Imperio Otomano y luego pasó a denominarse sirio-libanesa, a raíz del mandato francés. Los sirio-libaneses y/o turcos se instalaron en todo el país, dedicándose sobre todo al comercio ambulante, aunque la gran mayoría se concentraron en la Capital Federal, ver Bestene, J. O., “Dos imágenes del inmigrante árabe : Juan A. Alsina y Santiago M. Peralta”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, año 12, nº 36, 1997, p. 283. Sobre las políticas y flujos migratorios en Argentina, ver Devoto, F., *Historia de la Inmigración en Argentina*, Buenos Aires, Sudamericana, 2004, p. 294 y p. 358-359 y “Políticas migratorias argentinas y flujo de población europea (1876-1925)”, *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, nº 11, abril, 1999, p. 135-158 ; Cibotti, E., “Del habitante al ciudadano : la condición del migrante”, en Lobato, M.Z. (dir.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000, p. 365-408. Sobre las formas y registros estadísticos en relación con la inmigración, Otero, H., *Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal en la Argentina moderna, 1869-1914*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2006.

11 Las *Memorias de la DGI* abundan en la caracterización negativa de los denominados “ruso-israelitas” de religión judía, (1892, [1893] cap. II y 1898, cap. VI) y de los “austro-polacos” de Galitzia, también judíos. Para la población de Cercano Oriente, ver *Memoria de la DGI*, 1899 [1900] p. 81.

12 En la *Memoria de la DGI* se expresaba que los daneses – sobrios y trabajadores, con suficientes capitales y cultura – contrastaban frente a los rusos y polacos, también con capacidades laborales, pero menos educados que los anteriores (1899 [1900] p. 10-11).

13 *Memoria de la DGI*, 1898, p. 188.

14 Existe una abundante bibliografía ya clásica sobre el tema, entre la cual merece señalarse a Blackwelder, J.K., “Urbanization, Crime and Policing”, en Lyman L. Johnson (ed.), *The Problem of Order in Changing Societies. Essays on Crime and Policing in Argentina and Uruguay*, Albuquerque, University of New Mexico Press, 1990, p. 66-67, quien señala que, frente a la congestión y deterioro urbano de la capital porteña, que iba acompañado de un incremento del desorden y del crimen, determinados especialistas (médicos, psiquiatras y otros intelectuales) ponían el acento en el aumento de la inmigración. En relación a los últimos aportes, consultar Caimari, L., *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en Argentina, 1880-1955*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2004, y en su compilación *La ley de los profanos. Delito, justicia y cultura en*



Buenos Aires (1870-1940), Buenos Aires, FCE-San Andrés, 2007, ver sobre todo Ansolabehere, P., “El hombre sin patria. Historias del criminal anarquista”, p. 173-208.

15 Ver por ejemplo *Memoria de la DGI*, 1898 (vapor Savoia) ; 1899 [1900] (vapores Aquitania, Corrientes, Petrópolis) ; 1904 (vapores Barkum y Provence).

16 Markel, H., “The Eyes Haves It : Trachoma, the Perception of Disease, The United States Health Service and The American Jewist Immigration Experience, 1897-1924”, *Bulletin of History of Medicine*, 74, 2000, p. 526-527.

17 Anexo B, *Informe del Ingeniero Silvio Coletti, Real Inspector Viajero sobre la inmigración al Brasil sobre la tracoma en el Estado de São Paulo*, en *Memoria de la DGI*, 1907[1908] p. 210.

18 Anexo B, *Informe del Ingeniero Silvio Coletti, Real Inspector Viajero sobre la inmigración al Brasil sobre la tracoma en el Estado de São Paulo*, en *Memoria de la DGI*, 1907[1908] p. 205.

19 Anexo C, “Conjuntivitis granulosa”, Informe presentado a la III Sesión del II Congreso Latinoamericano por el Doctor Otto Wernicke, en *Memoria de la DGI*, 1908 [1909] p. 213-215. Las conclusiones se basaban en muestras manifiestamente disímiles entre sí, por lo que la estadística no tiene un serio basamento científico : se habían encontrado 80 italianos con tracoma de 2.566 examinados de esa nacionalidad, 20 españoles con tracoma de 331 examinados y 6 rusos con la enfermedad de 25 examinados.

20 *Memoria de la DGI*, 1908 [1909]

21 *Memoria de la DGI*, 1913 [1915] p. 109.

22 Sobre inmigración y tuberculosis en relación con grupos étnicos desplazados y prácticas de exclusión, ver Armus, D., *La ciudad impura...op. cit.*, quien considera que se trata de políticas eugénicas “blandas” a diferencia de las “duras”, como la esterilización u otras formas de control reproductivo.

23 *Memoria de la DGI*, 1913 [1915] p. 109.

24 Esos documentos pueden consultarse en el DAI (AGN), como Partes Consulares. Los expedientes están clasificados por año y nombre del vapor o buque ingresado.

25 Se trata de la Resolución nº 744 (junio 10 de 1911), que señala “Habiendo notado el infrascripto que no asiste ningún médico de la Repartición a la visita reglamentaria que efectúa la oficina de desembarco a los vapores conductores de inmigrantes, que en la actualidad queda librado al juicio de los visitadores de los inmigrantes que se hayan o no comprendido en las disposiciones del artículo 32 de la Ley de inmigración, y considerando que esos empleados, si bien pueden opinar de los físicamente inaptos para el trabajo, no sucede lo mismo de los que se hayan afectado de mal contagioso y otras enfermedades, sobre cuyas características un facultativo puede dictaminarse, el Director General de Migración, resuelve : Desde la fecha la visita reglamentaria a los vapores que conducen inmigrantes deberán asistir un médico de la Repartición y a sus órdenes, un practicante, a los efectos de lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley de Inmigración”. *Memoria de la DGI*, 1913 [1915] p. 109.

26 Salvatore, R., “Sobre el surgimiento del Estado Médico legal en la Argentina, (1890-1940)”, *Estudios Sociales*, nº 20, año XI, 2001, p. 81-114.

27 Véase para el caso de la policía porteña y su intervención en la erradicación de la epidemia de fiebre amarilla de 1871, Galeano, D., “Cuerpos desordenados. La Policía de Buenos Aires y la epidemia de fiebre amarilla de 1871”, en Mallo, S. y B. Moreyra (eds.), *Miradas sobre la historia social en la Argentina en los comienzos del siglo XXI*, Córdoba, CEH-CEHAC, 2008.

28 *Memoria de la DGI*, 1913 [1915] p. 110.

29 Di Liscia, S., “Desde fuera y desde dentro...”, *op. cit.*

30 De acuerdo a Bernasconi, A., “Aproximación al estudio de las redes migratorias a través de las listas de desembarco. Posibilidades y problemas”, en Bjerg, M. y Otero, H. (comp.), *Inmigración y redes sociales en la Argentina moderna*, Tandil, IESH-Cemla, 1995, p. 195. “Los expedientes se iniciaban en cada puerto de embarque. El capitán del buque debía hacer sellar en el consulado argentino las listas de pasajeros que embarcaban. Al llegar a Buenos Aires, se confeccionaba un expediente de cada vapor, elevado con una nota del Director General de Inmigración”. En el informe se detallaban las características del buque, la cantidad de pasajeros, duración del viaje y novedades (muertes, enfermedades, etc). Los expedientes han sido sistematizados desde 1900-1914 en el DAI (AGN). Dada la disponibilidad en ese Archivo, se han examinado las series incompletas de los años 1909, 1911, 1912 y 1913 y la serie completa (1914). En la Biblioteca del CEMLA se consultó el año 1910 (serie incompleta). Sobre 32 cajas examinadas, se encontraron registros de vapores con rechazos a causa de tracoma en 19 expedientes, con un total de 49 personas involucradas. Constan en general de 1. Nota aclaratoria sobre el expediente, firmada por el visitador/inspector del buque, el médico, el oficial de prefectura y el capitán, 2. Acta de inspección, donde se resume el estado de los pasajeros y del barco en general, se detallan el puerto de procedencia, la compañía y las escalas del viaje. 3. Listado de pasajeros, con detalle de nombres, lugar de embarque (puertos), nacionalidad y otros datos generales.

31 Las empresas debían abonar como multa 100 \$ m/n por cada pasajero no autorizado y se les cobraba 1.000 \$ de caución, a devolver en el país de destino por el consulado respectivo. Ambos



documentos constan en el caso de tracoma. Las empresas navieras debían cubrir además el costo de reconducción del pasajero, lo cual nos permite imaginar las terribles condiciones de tal situación, ya que les habían causado un triple perjuicio económico : la multa, el adelanto de dinero para la caución y el costo del pasaje de retorno.

32 Di Liscia, S., "Desde fuera y desde dentro...", *op. cit.*

33 Ver Vapor Re-Vittorio, Partes Consulares, DAI (AGN), 1913, caja nº 7. Expediente 10-3. Los inmigrantes rechazados fueron dos hermanos árabes, Issouruf y Abdala Kovaisab, de 18 y 16 años respectivamente y Vapor Barcelona, Partes Consulares, DAI (AGN), 1913, caja nº 8. Expediente 28/III 1678. El "desechado por enfermedad" fue Sari Said, árabe de 30 años.

34 Vapor Asturias, Partes Consulares, DAI (AGN), 1913, caja 5. Expediente 1069.

35 Vapor Paraná, Partes Consulares, DAI (AGN), 1912, caja 20. Expediente 5157.

36 Vapor Indiana, Partes Consulares, DAI (AGN), 1913, caja 5. Expediente 1093.

37 Vapor Cap. Vilano, Partes Consulares, DAI (AGN), 1914, caja 2, Expediente D-441. Igual situación se reproduce en el caso de la niña de la familia Cuartero, de 3 años (Vapor Córdoba, Partes Consulares, DAI (AGN) : 1914, caja 3, Expediente D-422) y en la de Luis Juarez, español de 1 año (Vapor Reina Victoria Eugenia, Partes Consulares, AGI, 1914, caja 3, Expediente D-338).

38 *Memorias de la DGI*, 1909 [1910], p. 82-83.

39 Guy, D., *El sexo peligroso. La prostitución legal en Buenos Aires 1875-1955*, Buenos Aires, Sudamericana, 1994.

40 El relato figura de manera minuciosa en las *Memorias de la DGI*, 1913 [1915], p. 119.

41 *Memoria de la DGI*, 1890 [1891], p. 57.

42 Nouzeilles, G., *Ficciones somáticas. Naturalismo, nacionalismo y políticas médicas del cuerpo (Argentina, 1880-1910)*, Rosario, Beatriz Viterbo editora, 2000, p. 21.

43 Nota de M. Cigorrara, *Memorias de la DGI*, 1913 [1915], 26 de abril de 1916.

44 Decreto Presidencial, 26/04/1916, Victorino de la Plaza, *Memoria de la DGI*, 1913 [1915], p. 112.

45 *Memoria de la DGI*, 1919 [1920], p. 7 y 9.

46 *Memorias de la DGI*, 1923, p. 139. En 1923, se excluyeron por carecer de documentación, clandestinos, malos antecedentes y desertores a 1546 personas de un total de 1963 rechazados (ver Cuadro nº 2 en Anexo). La Conferencia de Policías celebrada en Buenos Aires, durante los años veinte, con delegados institucionales provenientes de países latinoamericanos delimitó en su acuerdo impedir la entrada al país de los extranjeros que no exhibieran un certificado firmado por la autoridad policial del punto de embarque y convenientemente visado, probando que durante los últimos cinco años se hubiese ejercido alguna profesión lícita. AGN, *Memoria del Ministerio del Interior, Policía de la Capital, 1919-1920*.

47 Esta medida ha sido particularmente observada en los casos de inmigrantes con enfermedad mental. Como ejemplos, ver Ameghino, A., "Datos sobre la profilaxis mental de la República Argentina", *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Social*, 1923, p. 170-212 e Ingenieros, J., *La locura en la Argentina*. Buenos Aires, Cooperativa Editorial Limitada, 1920.

48 *Memoria de la DGI*, 1920.

49 Barbieri, Antonio "El tracoma en la República Argentina", *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Vol. XXX, 1924.

50 Una referencia más detallada de las argumentaciones y formas que asumieron las distintas campañas antitracomas en Di Liscia, S., "Desde fuera y desde dentro...", *op. cit.*

51 Gayol, S. y Kessler, G., "Introducción", en Gayol, S. y Kessler, G., *Violencias, delitos y justicias en la Argentina*, Buenos Aires, Manantial-UNGSam, 2002, p. 28

Pour citer cet article

Référence électronique

María Silvia Di Liscia et Melisa Fernández Marrón, « Sin puerto para el sueño americano. Políticas de exclusión, inmigración y tracoma en Argentina (1908-1930) », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En ligne], Débats, mis en ligne le 29 novembre 2009, consulté le 11 février 2022. URL : <http://journals.openedition.org/nuevomundo/57786> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.57786>



Cet article est cité par

- Wolf, Caroline ‘Olivia’ M.. (2020) *Public Memory in the Context of Transnational Migration and Displacement*. DOI: 10.1007/978-3-030-41329-3_2

Auteurs

María Silvia Di Liscia

Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de la Pampa,
silviadii[at]fchst[point]unlpam[point]edu[point]ar

Melisa Fernández Marrón

Universidad Nacional de la Pampa, Conicet, Universidad de San Andrés,
melisafm[at]gmail[point]com

Droits d'auteur



Nuevo mundo mundos nuevos est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

