

# Bocio, mal de Chagas e identidad nacional. Enfermedades y polémicas en Argentina y Brasil (1910-1940)

**Simone Petraglia Kropf (\*) y María Silvia Di Liscia (\*\*)**

(\*) Casa de Oswaldo Cruz/Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil. [simonek@coc.fiocruz.br](mailto:simonek@coc.fiocruz.br)

(\*\*) Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa, LP, Argentina. [silviadi@fchst.unlpam.edu.ar](mailto:silviadi@fchst.unlpam.edu.ar)

Dynamis  
[0211-9536] 2010; 30: 65-90

Fecha de recepción: 11 de junio de 2008  
Fecha de aceptación: 9 de enero de 2009

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—Un descubrimiento para el interior de Brasil. 3.—El interior argentino y su representación médica. 4.—Conclusiones.

RESUMEN: Este artículo realiza un análisis de la construcción de las patologías nacionales en Brasil y Argentina entre la primera y la cuarta década del siglo XX. Se considera el debate científico, social y político sobre el mal de Chagas y el bocio, así como las relaciones entre ese debate y la producción colectiva de la nacionalidad brasileña y argentina. En tal sentido, el «descubrimiento» de las patologías del interior significó en Brasil la generación de un proyecto sanitarista de proyección nacional, mientras que en Argentina tal situación se dio moderadamente, en la medida que la preocupación central estaba en las enfermedades consideradas producto de la «civilización», como responsabilidad de la inmigración extranjera.

PALABRAS CLAVE: Brasil, Argentina, bocio, mal de Chagas, identidad nacional.

KEY WORDS: Brasil, Argentina, goiter, Chagas disease, national identity.

## 1. Introducción (\*)

En 1911, uno de los más reconocidos científicos sudamericanos, propuesto dos años más tarde para el Premio Nobel de Medicina, afirmó rotundamente en un discurso dirigido a las más altas autoridades políticas, las consecuen-

---

(\*) Este artículo es resultado de los proyectos PICTO 1830782 (Argentina) e «Instituciones, actores y prácticas» (Resolución: 082/CO/09) y del Proyecto «Medicina Tropical en Brasil: ciencia y nación (1909-1934)», financiado por el Consejo Nacional para el Desarrollo Científico y Técnico (Brasil). Agradecemos a los revisores anónimos los comentarios y sugerencias.

cias degenerativas de una enfermedad parasitaria sobre la población, que implicaban a su vez serios problemas en la base laboral. Carlos Chagas, investigador del Instituto Oswaldo Cruz (IOC) en Río de Janeiro, argumentaba que la enfermedad producida por el *Trypanosoma cruzi* y transmitida por el insecto *barbeiro* (vinchuca), descubierta por él mismo en 1909, minaba lentamente el organismo humano, limitando su vitalidad física y mental, y al extenderse por el interior de Brasil, creaba «una población de degenerados inútil en el desarrollo progresivo del país»<sup>1</sup>. La carga enorme de esta afirmación rebasa una cuestión científica y se enlaza con propuestas políticas y de un evidente tono moral.

De acuerdo a su primer investigador, la tripanosomiasis americana tenía como señal clínica más evidente el bocio, provocado por la acción del parásito en la glándula tiroides. Según su hipótesis, en regiones donde hubiese infección por el *T. cruzi*, se produciría un bocio de etiología parasitaria, distinto del bocio existente en Europa. Para otros investigadores de Argentina, en cambio, el bocio endémico y la enfermedad de Chagas eran enfermedades distintas, sin ninguna relación entre sí: el primero era una dolencia debida a la carencia de yodo, endémica en ciertas regiones montañosas del país.

Nuestra intención es mostrar el debate científico sobre estas enfermedades como un proceso que presupuso negociaciones y conflictos por parte de un conjunto de actores sociales que, en circunstancias históricas específicas, impulsaron colectivamente la producción de determinadas visiones de las nacionalidades brasileña y argentina.

Este artículo centra su atención en el periodo transcurrido entre 1910, cuando se inició el estudio clínico sistematizado del mal de Chagas, y los años cuarenta, cuando se consolidó el estudio de las enfermedades regionales en ambos países. Los debates sobre las afecciones que obstaculizaban la «civilización» en Brasil y Argentina son anteriores a este momento, y fueron frecuentes en el siglo XIX. En ambos países, las epidemias de fiebre amarilla y cólera constituyeron el detonante de las primeras intervenciones higiénicas urbanas. Más adelante, otras enfermedades —como tuberculosis, dolencias mentales y sífilis— asumieron un rol preponderante en las políticas sanitarias, atendiendo a los efectos de la modernización.

---

1. Chagas, Carlos. Molestia de Carlos Chagas. Conferencia realizada em 7 de agosto na Academia Nacional de Medicina. Brazil-Medico. 1911; 25 (34, 35, 36, 37): 340-343; 353-355; 361-364; 373-375.

Se estudian de manera comparada las formulaciones sobre mal de Chagas y bocio que estuvieron implicadas en los debates nacionales de esos dos países de América del Sur. De acuerdo con Fausto y Devoto,<sup>2</sup> la comparación ha sido una metodología con más promesas y dudas que resultados concretos para los historiadores. Brasil y Argentina presentan, a nivel macroeconómico y político, procesos de similar alcance, aún con diferencias notables, que requieren también un análisis, a nivel social y cultural<sup>3</sup>. En relación a la salud pública, Belmartino<sup>4</sup> ha señalado una incidencia del Estado en el interior de Brasil más temprana que en Argentina, aunque en este último país eran frecuentes las nociones de intervención estatal desde los años veinte para modelar las conductas individuales y sociales. En Brasil, la creación en 1920 del Departamento Nacional de Salud Pública (del cual Chagas fue el primer director) significó un importante fortalecimiento y ampliación del poder federal, apuntando especialmente al saneamiento de las áreas rurales del país, en un proceso que se intensificaría con la creación, en 1930, durante el gobierno de Getulio Vargas, del Ministerio de Educación y Salud<sup>5</sup>.

En este artículo, se pretende avanzar a partir de los resultados de anteriores trabajos donde se examinaron, por un lado, la relación entre ciencia

- 
2. Fausto, Boris; Devoto, Fernando. Brasil e Argentina. Um ensaio de história comparada (1850-2002). São Paulo: Editora 34; 2005.
  3. De acuerdo a Fausto y Devoto, n. 2, hasta 1940 existió una gran disparidad en relación a la esperanza de vida al nacer y la tasa de alfabetización, ambas más altas en Argentina que en Brasil. Las diferencias regionales se observan, en el caso argentino, en relación a la mortalidad infantil (en la Capital Federal, son del orden de 77,9 por mil nacidos vivos y en Tucumán, de 169,9 por mil, en 1925-1929) y el analfabetismo (2,5 de cada 100 electores inscriptos en la capital y 37,1% en Tucumán, en 1930). En relación con la población, el impacto inmigratorio fue mayor en Argentina que en Brasil: en 1914, el 30,3% de la población era extranjera, mientras que Brasil, hacia 1920, contaba con un 5% de extranjeros, aunque el 35% vivían en São Paulo. La concentración regional fue muy alta en ambos países en la primera y segunda década del siglo XX: El Centro-Sur y Sur de Brasil tenían el 58,4% de la población total, el Norte y Centro Oeste el 3, 6 y 3% respectivamente. En Argentina, la región pampeana concentraba el 73,6%, en contraste con el Nordeste (5,9%) y las enormes extensiones patagónicas (1,4%) de la población. Las mayores disparidades se presentan en relación con la cantidad de habitantes: ya en 1920, Brasil tenía 27,5 millones de habitantes frente a 8,8 millones de personas que vivían en Argentina.
  4. Belmartino, Susana. Servicios de salud y sistema político. Los casos de Argentina, Brasil y Chile. In: Armus, Diego, comp. Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005, p. 101-144.
  5. Hochman, Gilberto. A era do saneamento. As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/ANPOCS; 1998.

y sociedad a partir del mal de Chagas en Brasil<sup>6</sup> y por el otro, las elaboraciones médicas sobre el bocio como entidad nosológica en Argentina<sup>7</sup>.

## 2. Un descubrimiento para el interior de Brasil

La identificación de la nueva tripanosomiasis, denominada muy pronto «mal de Chagas», fue presentada como un gran éxito de la ciencia brasileña y se transformó en el impulsor del proceso de ampliación y legitimación científica y social del IOC, en Río de Janeiro, como centro de investigación en medicina tropical<sup>8</sup>. Chagas alcanzó un alto reconocimiento científico en Brasil y en el exterior; fue director del IOC (1917-34) y de los servicios federales de salud pública (1919-1926)<sup>9</sup>. Los enunciados sobre la definición clínica y la importancia médico-social de la nueva enfermedad implicaron, a partir de 1910, un intenso debate sobre las condiciones de atraso de las áreas rurales y la identidad nacional. Este debate culminó con el llamado movimiento por la salud y saneamiento del interior (los *sertões*), entre 1916-1920<sup>10</sup>.

El mal de Chagas fue instituido al mismo tiempo como hecho científico y hecho social, en un largo proceso que incorporó negociaciones y acuerdos, y articuló el debate médico-científico al debate social y político más amplio del país. Su descubrimiento y su estudio se enmarcaron en los

- 
6. Kropf, Simone Petraglia; Azevedo, Nara; Ferreira, Luiz Octavio. La construcción de la enfermedad de Chagas como problemática médico social en Brasil (1909-1950). In: *Armus*, n. 4, p. 197-227. Kropf, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
  7. Di Liscia, María Silvia. Relaciones peligrosas: sobre bocio, cretinismo e inferioridad (Argentina, 1870-1920). In: Agostoni, Claudia; Speckman, E., eds. *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*. México: UNAM; 2005, p. 21-54.
  8. Benchimol, Jaime L.; Teixeira, Luiz Antonio. *Cobras, lagartos e outros bichos. uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1993.
  9. Kropf, Simone Petraglia; Hochman, Gilberto. Chagas, Carlos Ribeiro Justiniano. In: Bynum, W.F.; Bynum, Helen, eds. *Dictionary of medical biography*. Connecticut/London: Greenwood Press/Westport; 2007, vol. 2, p. 320-325.
  10. Castro-Santos, Luiz Antonio de. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*. 1985; 28 (2): 193-210; Lima, Nísia Trindade; Hochman, Gilberto. *Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República*. In: Maio, Marcos Chor; Santos, Ricardo Ventura, eds. *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Cultural Banco do Brasil; 1996, p. 23-40.

esquemas conceptuales de las nuevas teorías médicas emergentes en el escenario internacional, en especial la medicina tropical mansoniana<sup>11</sup> y en el proyecto institucional de ciencia que Osvaldo Cruz buscaba ejecutar en Manguinhos, con la intención de articular aplicabilidad social y excelencia académica. Al mismo tiempo, el mal de Chagas enmarcó una determinada visión de la sociedad brasileña<sup>12</sup>. La enfermedad fue considerada como símbolo del compromiso público de la ciencia con los destinos de la nación, no solamente por su respuesta a demandas sociales concretas, sino por la capacidad de identificar los problemas sociales e indicar los caminos para superarlos. En ese sentido, fue un elemento importante para el proceso de institucionalización de la ciencia en Brasil.

El camino de construcción/legitimación de esta enfermedad, que articuló ciencia, salud pública y modernización en la Primera República en Brasil (1889-1930), constituye un objeto de estudio particularmente fértil para reflexionar sobre las diferentes dimensiones de la relación entre ciencia y sociedad en contextos históricos particulares. La configuración de esta enfermedad como una nueva dolencia tropical, endemia rural y enfermedad nacional es un caso especialmente revelador de la inserción activa de los científicos brasileños en la producción y afirmación de los esquemas teóricos que emergían en el campo médico internacional, al mismo tiempo que conferían a esos esquemas significados peculiares, relacionados con los contextos específicos tanto de la ciencia como de la sociedad brasileña.

Los enunciados por los cuales esa dolencia fue definida en su cuadro clínico —y también las críticas y revisiones de los mismos durante el proceso de su estabilización como hecho científico— se establecieron en estrecha asociación con los significados que la encuadraban como «enfermedad de Brasil», más allá de las estimaciones referentes a su dimensión geográfica.

- 
11. Arnold, David. Introduction: Tropical Medicine before Manson. In: Arnold, David, ed. Warm climates and western medicine: the emergence of Tropical Medicine, 1500-1900. Amsterdam/Atlanta: Rodopi; 1996, p. 1-19.
  12. Para Charles Rosenberg, las enfermedades constituyen objetos históricos y socialmente enmarcados (*framed*) mediante ciertos procedimientos cognitivos y sociales que las definen como entidades específicas y, al mismo tiempo, se presentan como «marcos» para la sociedad, imprimiéndole impactos, valores y significados. Sobre tal perspectiva, el mal de Chagas constituye un objeto fértil para reflexionar sobre la naturaleza socio-cognitiva de la producción del conocimiento científico, conforme a los abordajes contemporáneos de la historia y la sociología de la ciencia. Rosenberg, Charles. Framing disease: Illness, society and history. In: Explaining epidemics and other studies in the history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press; 1992, p. 305-318.

Así, se construyó la imagen de un país enfermo, cuyo progreso era inviable en razón de las endemias rurales que perjudicaban la productividad de sus trabajadores; al mismo tiempo, se puso en marcha el símbolo de la ciencia que descubriría este Brasil desconocido del interior y generaba los medios para su incorporación al progreso nacional.

En 1910, Carlos Chagas presentó su primera caracterización clínica de la enfermedad<sup>13</sup>. La infección aguda, de corta duración, comprendía trastornos cerebrales que llevaban a la muerte, aunque la mayoría de los casos, menos graves, evolucionaban hacia el estado crónico y acarreaban alteraciones neurológicas, cardíacas y endocrinas. Los problemas tiroideos, a los cuales Chagas concedió particular énfasis en los primeros estudios, tendrían como señal característica la hipertrofia de la glándula. El bocio era muy frecuente en Minas Gerais (estado donde Chagas descubrió la tripanosomiasis), y desde el siglo XVIII despertaba la atención de naturalistas, viajeros y médicos como uno de los motivos de atraso de los campesinos mineros. El bocio fue considerado la principal señal clínica para el diagnóstico de la tripanosomiasis. Además, las parálisis y discapacidades intelectuales, atribuidas entonces por Chagas a la acción de *T. cruzi* sobre el sistema nervioso, se invocaron como emblema de la «degeneración» producida por la enfermedad.

Las formulaciones sobre la nueva enfermedad hicieron emerger un nuevo objeto médico y, al mismo tiempo, social. A pesar de no disponer de datos sobre la distribución geográfica de ésta, Chagas estimó, a partir de la presencia de vinchucas infectadas —el insecto vector— y la presencia de bocio, que la tripanosomiasis estaría bastante difundida en las áreas rurales de Minas Gerais y de otros estados de Brasil. Cuando la nación conmemoraba la estabilidad política y económica del régimen republicano y el saneamiento urbano de su capital en el litoral, con el éxito de la campaña de Oswaldo Cruz contra la fiebre amarilla, la ciencia, la medicina y la sociedad brasileñas entraban en contacto con una patología que se convertía en símbolo del atraso y de los problemas sanitarios del interior.

El desafío era convencer sobre la importancia médico-social de una dolencia endémica, fundamentalmente crónica, que no estaba, como las enfermedades epidémicas, asociada con la muerte de gran número de

---

13. Chagas, Carlos. Nova entidade morbida do homem. *Brazil-Medico*. 1910; 24 (43, 44, 45): 423-428, 433-437 y 443-447.

individuos. El principal camino fue apuntalar la idea de la degeneración y los perjuicios que la pérdida progresiva de la vitalidad causaba en la productividad agrícola, eje de la economía brasileña.

La enfermedad fue considerada como la dolencia del *sertão*, término que dejaba de expresar solamente un espacio geográfico para transformarse en un elemento distintivo de la propia nacionalidad<sup>14</sup>. El diseño clínico de la tripanosomiasis condensaba la correspondencia entre el organismo humano decadente y un ambiente físico y social marcado por el abandono, la miseria y la improductividad. La *Cafua* (rancho), donde se concentraban las vinchucas, era un elemento central en la composición de estos significados. Expresándose como enfermedad del interior, el mal de Chagas reconfiguraba el concepto de enfermedad tropical como enfermedad nacional. Si, como apunta David Arnold<sup>15</sup>, el contacto de los europeos con los trópicos significó una experiencia de alteridad, el descubrimiento y la caracterización de la enfermedad de Chagas también revelaban al «otro».

En las principales asociaciones médicas del país, Chagas defendió intensamente la idea de que la enfermedad debería ser prioridad en las preocupaciones del Estado brasileño, juntamente con otras endemias rurales (como la malaria y la anquilostomiasis). Además de dirigirse a las autoridades médicas y políticas de la capital federal, el investigador del IOC buscaba convencer también a las élites de los estados donde la amenaza de la enfermedad se hacía más presente<sup>16</sup>.

Cuando la crisis económica era una preocupación de la élite minera<sup>17</sup>, Chagas exhortó, en una conferencia en la Sociedad de Medicina y Cirugía

---

14. De acuerdo con Lima, el *sertão*, actualmente asociado a la región semiárida del territorio brasileño, asumió significados más allá del geográfico, indicando en general espacios con ausencia de los poderes públicos. Constituyó un recurso metafórico para pensar el país en oposición al litoral, era concebido como uno de los polos de una visión dualista que contraponía el atraso a lo moderno, la naturaleza a la civilización y que se volvería estructurador del pensamiento brasileño. Lima, Nísia Trindade. Um sertão chamado Brasil: Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ; 1999.

15. Arnold, n. 11.

16. Chagas, n. 13. Chagas, Carlos. Molestia de Carlos Chagas ou thyreoidite parasitaria: Nova doença humana transmitida pelo barbeiro (*Conorhinus megistus*). Revista Medica de São Paulo. 1911; 14 (18): 337-356. Chagas, Carlos. O mal de Chagas: Conferencia realizada em São Paulo pelo dr. Carlos Chagas, a convite da Sociedade de Medicina e Cirurgia, sobre a tripanozomíase brasileira e de sua descoberta. Archivo da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. 1912; 3 (9-10): 34-66.

17. Dulci, Otavio Soares. Política e recuperação econômica em Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.

de Minas Gerais, a que los médicos y políticos colaborasen en la denuncia de un mal profundamente identificado con esa región<sup>18</sup>. El área de distribución de la endemia, de acuerdo a los datos hasta entonces producidos sobre la distribución de las vinchucas, se confundía con su territorio, en sí mismo evocativo del interior y de su actividad agrícola. Minas Gerais, el mayor estado de la región sudeste de Brasil y sin fronteras litorales, tenía gran importancia política y económica para la federación, tanto por la dimensión de su electorado como por su producción agrícola, centrada en el monocultivo cafetero.

Al año siguiente, Chagas presentó la enfermedad en la Sociedad de Cirugía de San Paulo, Estado que, junto a Minas Gerais, constituía el pilar del régimen republicano<sup>19</sup>. También allí los intereses de orden económico, asociados con el incremento de la producción cafetalera, fueron evocados como justificación para la atención que los médicos y políticos deberían conceder al mal de Chagas y a otras endemias rurales<sup>20</sup>.

Las formulaciones de Chagas despertaron el debate sobre las condiciones sanitarias del interior y las medidas que debían ser tomadas por el poder público. Los parlamentarios y la prensa subrayaban la necesidad de una intervención estatal más amplia y centralizada: «El Brasil no es sólo Río de Janeiro. No olviden nuestros legisladores y gobernantes que viven aquí, más o menos cómodamente, un millón de brasileños, mientras que cerca de dieciocho millones morirán en los *sertões*»<sup>21</sup>.

Sin embargo, entre 1915 y 1916, se cuestionó la caracterización clínica y epidemiológica de la tripanosomiasis, poniendo en duda el propio estatuto de la enfermedad como entidad nosológica diferenciada. Un aspecto importante era la extrema dificultad de demostrar la presencia del agente etiológico en los casos crónicos (la mayoría de los enfermos). El método que Chagas usaba en sus primeras investigaciones para realizar el diagnóstico parasitológico en estos casos fue refutado en 1913. En ausencia de la demostración del agente causal, precepto fundamental de la microbiología, surgieron dudas respecto de los criterios clínicos de diagnóstico, como la pretendida asociación con el bocio.

---

18. Chagas, 1911, n. 16.

19. Chagas, 1911, n. 16.

20. Silva, Luiz Jacintho da. A evolução da doença de Chagas no estado de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1999.

21. Vidal, Gil. Uma calamidade. Correio da Manhã. 18 Nov. 1910: 1.



En Argentina, los estudios realizados bajo el liderazgo del microbiólogo austríaco Rudolf Kraus, quien asumiría en 1916 la dirección del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene, confrontaron los enunciados para las formas crónicas de la enfermedad, en especial la etiología parasitaria del bocio endémico. A pesar de la distribución de las vinchucas infectadas en el territorio argentino y de la frecuencia del bocio, los investigadores se inquietaron con el hecho de no haber diagnosticado ningún caso humano de tripanosomiasis en el país<sup>22</sup>.

Kraus y sus colaboradores argumentaban que las manifestaciones tiroideas y neurológicas referidas por Chagas corresponderían en la realidad al bocio y al cretinismo endémicos descritos en Europa. Respecto al cuadro clínico establecido por el científico brasileño, sólo habría pruebas seguras de la existencia de casos agudos, hasta entonces descritos en Brasil. Sugirieron que «La vinchuca infectada en la República Argentina, con mucha probabilidad, no produce la enfermedad de Chagas. La causa puede ser una atenuación del tripanosoma por el clima»<sup>23</sup>. Las formulaciones de Kraus fueran debatidas con el propio Chagas en el I Congreso Médico Nacional realizado en Buenos Aires en 1916.

Chagas refutó las ideas de Kraus y reafirmó su convicción sobre el concepto general y la importancia medico-social de la enfermedad; pero dio inicio a un importante proceso de revisión del diseño crítico de la tripanosomiasis, minimizando la primacía de los aspectos tiroideos y reforzando la importancia de los elementos cardíacos. En la nueva clasificación que propuso para las formas crónicas, trató la etiología parasitaria del bocio endémico como un «problema anexo», susceptible de discusión<sup>24</sup>.

Al retornar de Buenos Aires, Carlos Chagas y la delegación brasileña fueron recibidos con grandes homenajes. En esta ocasión, Miguel Pereira (profesor de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro), pronunció un discurso que se volvería célebre como marco de origen de la campaña para el saneamiento rural de Brasil, al declarar que, a raíz de las endemias

---

22. Kraus, R.; Maggio, C.; Rosenbusch, F. Bocio, cretinismo y enfermedad de Chagas. 1ª. comunicación. La Prensa Medica Argentina. 1915; 2 (1): 2-5. Kraus, R.; Rosenbusch, F. Bocio, cretinismo y enfermedad de Chagas. 2ª. comunicación. La Prensa Medica Argentina. 1916; 3 (17): 177-180.

23. Kraus; Rosenbusch, n. 22, p. 180.

24. Chagas, Carlos. Processos patojenicos da tripanozomiasse americana. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. 1916; 8 (2): 5-35 (20).

que asolaban el interior de su territorio, el Brasil constituía un «gran hospital»<sup>25</sup>.

Sus palabras repercutieron fuertemente en los círculos médicos y en los debates políticos e intelectuales sobre la identidad nacional<sup>26</sup>. En el contexto de la I Guerra Mundial, el fervor nacionalista sobre temas como la cuestión racial, la inmigración, la educación y el reclutamiento militar se entrecruzaban con las perspectivas de identificar los males y las posibilidades de regeneración del país.

El mal de Chagas (cuyo estudio Pereira conocía bien) fue un importante ingrediente de la denuncia de los problemas de Brasil. En respuesta a los que dudaban de esta enfermedad, Pereira acentuó la misión social de los hombres de ciencia, quienes, como Chagas, iban a los *sertões* y descubrían la triste realidad de un Brasil que sólo respondería a los clamores patrióticos del momento por medio de un «ejército de sombras»<sup>27</sup>.

En 1918, como desdoblamiento de la intensa movilización despertada por el discurso de Pereira, se creó la Liga Pro-Saneamiento de Brasil, con gran repercusión en la prensa, en los medios intelectuales y en el Congreso Nacional. En el ámbito de este movimiento, se intensificó la dimensión simbólica del mal de Chagas como enfermedad nacional. Irónicamente, a contramano del nuevo arreglo propuesto por Chagas respecto al diseño clínico de la enfermedad, el discurso sanitarista reforzaría justamente uno de los dos principales elementos que el científico buscaba minimizar: la asociación con el bocio. En los textos del movimiento tal relación continuaría siendo la marca de la dolencia, materializando visualmente, junto con los desórdenes neurológicos, los efectos dramáticos del cuadro mórbido de quienes perecían en el interior del país<sup>28</sup>.

El mal de Chagas se volvió entonces objeto de una intensa polémica que conferiría nuevos significados e implicaciones a las cuestiones científicas presentadas en Argentina. En 1919, al calor de las discusiones sobre la reforma de los servicios sanitarios del país, algunos investigadores del IOC cuestionaron duramente la importancia médico-social atribuida a la

---

25. A manifestação dos acadêmicos ao professor Aloysio de Castro. *Jornal do Commercio*. 11 Out. 1916: 4.

26. Lima; Hochman, n. 10.

27. Banquete ao Dr. Carlos Chagas. *Jornal do Commercio*. Rio de Janeiro, 22 Out. 1916: 3.

28. Penna, Belisário. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Typografia da Revista dos Tribunaes; 1918.

tripanosomiasis. Declarando que la asociación con el bocio endémico no era sustentable, apuntaron al reducido número de casos comprobados de infección por el *T. cruzi*, que no llegaría a cuatro decenas, en contraste con los «millones» estimados por los partidarios del movimiento sanitarista. El tema se revistió de significados políticos explícitos. Los críticos de Chagas afirmaban que los «coros tétricos» con que se mencionaban la tripanosomiasis y el panorama sanitario nacional podían traer el descrédito al país, evitando el ingreso de los inmigrantes<sup>29</sup>.

La contienda, que ganó la prensa, alcanzó su máxima intensidad en 1922, cuando en la Academia Nacional de Medicina, Afranio Peixoto, célebre profesor de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, afirmó que el mal de Chagas era, en realidad, una rareza nosográfica y no un flagelo nacional.<sup>30</sup> Además de las dudas sobre la definición clínica y la dimensión epidemiológica y social de la dolencia, se cuestionó la propia autoría de Chagas en el descubrimiento del parásito que, según algunos, correspondería a Oswaldo Cruz, por haber sido el autor de la infección experimental que reveló el parásito.

Para dirimir la cuestión, la Academia formó una comisión que después de intensos debates, en noviembre de 1923, reiteró la prioridad de Chagas en el descubrimiento del *T. cruzi*, pero dejó abierto el centro científico y político de la cuestión. Enfatizando las restricciones en los métodos de diagnóstico que proporcionarían la comprobación de casos crónicos de la tripanosomiasis (la mayoría de los enfermos), se apuntó la falta de condiciones para responder a las cuestiones relativas a la definición clínica y a la extensión geográfica de la enfermedad<sup>31</sup>. Chagas insistió en considerar la cuestión del bocio susceptible de revisión y que, en el caso que su hipótesis inicial sobre esta cuestión fuera descartada, no se invalidaban los demás aspectos clínicos de la enfermedad, como los elementos cardíacos, ni su importancia médico-social. Rebató también a quienes acusaban de antipatriótica y pesimista su visión sobre el país<sup>32</sup>.

---

29. Vasconcellos, Henrique Figueiredo de. Moléstia de Cruz e Chagas. Conferencia do Dr. Figueiredo de Vasconcellos na Sociedade de Medicina e Cirurgia. Jornal do Commercio. Rio de Janeiro, 23 Ago. 1919: 6.

30. Sessão de 30 de Novembro de 1922. Boletim da Academia de Medicina. 1922: 719-63.

31. Sessão de 23 de Novembro de 1923. Boletim da Academia de Medicina. 1923: 727-84.

32. Sessão de 6 de Dezembro de 1923. Boletim, n. 31, p. 785-814.

A pesar de que las investigaciones de Chagas y sus colaboradores prosiguieron hasta su fallecimiento en 1934, la controversia fortaleció el ambiente de dudas en torno a la enfermedad<sup>33</sup>. Probablemente, éste fue uno de los motivos por los cuales, a pesar de la creación en 1920 de un aparato sanitario para el combate de las endemias rurales, el mal de Chagas no fue contemplado en un programa de profilaxis hasta 1950.

La polémica constituyó una evidencia de cómo, en la elaboración de los enunciados sobre el mal de Chagas, la dimensión científica estaba profundamente imbricada con los significados políticos asumidos desde su descubrimiento. El debate apuntaba a las dudas y lagunas que cercaban los conocimientos sobre la dolencia, pero también fue alimentado por factores extra-científicos y no solamente los relacionados con las rivalidades individuales con Chagas, debidas a su ascenso a la jerarquía del IOC y de la salud pública federal. Como ha señalado Stepan, el conflicto expresaba disputas en el proceso de demarcación del campo médico y estaba relacionado con el debate en torno a la medicina tropical que, según algunos médicos como Peixoto, estimulaba estereotipos que afectaban el orgullo nacional<sup>34</sup>. La polémica expresó la confrontación entre distintas posiciones en el debate nacionalista de la época: los que defendían y los que negaban la imagen de Brasil como un «vasto hospital» y la visión de la dolencia de Chagas como el emblema del país y de los brasileños que habitaban en su interior<sup>35</sup>.

La tripanosomiasis americana siguió, a partir de 1923, su trayectoria de construcción nosológica y social. Las nuevas sendas que Chagas había tomado en 1916 —y que imprimían a la tripanosomiasis un nuevo encuadramiento como enfermedad cardíaca—, se reforzaron y llevarían, tras su muerte, a una nueva etapa de este proceso largo y colectivo de producción de consenso, sobre nuevas circunstancias cognitivas, institucionales y políticas.

Irónicamente, el país de donde habían partido las primeras dudas sobre la dolencia dio, en la década de 1930, un nuevo impulso al estudio del tema,

---

33. Yorke, Warrington. Chagas' disease. A critical review. *Tropical Diseases Bulletin*. 1937; 34 (4): 275-300.

34. Stepan, Nancy. Appearances and disappearances. In: *Picturing tropical nature*. London: Reaktion Books; 2001, p. 180-207. Sobre la polémica, ver también Benchimol; Teixeira, n. 8 y Coutinho, Marília. *Ninety years of Chagas disease: A success story at the periphery*. *Social Studies of Science*. 1999; 29 (4): 519-549.

35. Kropf, n. 6.

con el trabajo de Salvador Mazza en la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA).

En el IOC, las investigaciones conducidas por Evandro Chagas (hijo de Chagas) en el Serviço de Estudos de Grandes Endemias (1937-1940) y, sobre todo, por Emmanuel Dias en el Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas (CEPMC) en la ciudad de Bambuí, Minas Gerais (1943-1962), producirían nuevos acuerdos cognitivos y sociales para que la enfermedad fuese reconocida como hecho científico y problema de salud pública nacional<sup>36</sup>. El ambiente de optimismo producido durante la II Guerra Mundial en relación a los nuevos recursos técnicos contra las dolencias infecciosas, como el DDT, trajo nueva visibilidad al combate contra estas enfermedades como pre-requisito para el desarrollo económico y social. Este optimismo impulsó las campañas sanitarias del Ministerio de Educación y Salud, y representó un importante estímulo para el establecimiento de medidas de profilaxis contra el mal de Chagas.

Además de que el proyecto de modernización del primer gobierno de Getulio Vargas (1930-1945) enfatizaba el mundo urbano-industrial, la ocupación y el desarrollo del interior asumieron una nueva importancia, como condición para garantizar el abastecimiento de un mercado de consumo interno. Con la centralidad conferida por el Estado al trabajo, como valor primordial para la construcción de una nueva nación<sup>37</sup>, se respaldaban proyectos que intentaban garantizar la existencia de trabajadores sanos, fuertes y productivos. En Minas Gerais, las élites se preocuparon por aumentar la productividad del campo, limitando el éxodo rural y recuperando la tradicional vocación agrícola del estado<sup>38</sup>.

Las investigaciones realizadas en el CEPMC —que contaban con la estrecha colaboración de médicos del interior y de un importante cardiólogo, Francisco Laranja— condujeron, al final de la década de 1940, al reconocimiento del mal de Chagas como una enfermedad crónica esencialmente cardíaca y establecieron la metodología para el combate de las vinchucas con el insecticida BHC. En 1950, la tripanosomiasis americana fue objeto de la primera campaña estatal de profilaxis.

---

36. Kropf, n. 6.

37. Gomes, Ângela Maria de Castro. *A invenção do trabalho*. Rio de Janeiro/São Paulo: IUPERJ/Vertice; 1988.

38. Dulci, n. 17.

### 3. El interior argentino y su representación médica

En Argentina, a principios del siglo XX, las referencias a las enfermedades inferiorizantes del interior asumieron un rol subordinado dentro de las preocupaciones médicas. Se consideraba más importante solucionar la problemática urbana y social que suponían las masas de trabajadores y marginales de las grandes urbes del litoral argentino. Las elites médicas, formadas en el positivismo, evaluaron que el litoral, gracias al proceso de incorporación productiva al mercado externo, había sufrido importantes transformaciones sociales, en comparación a muchas de las provincias del interior. En virtud de su tradición indígena y colonial, el interior estaba inmerso en la trama del atraso congénito, mientras que el litoral, por su apertura indiscriminada a los «venenos» de la modernidad, podía caer en los brazos de la locura, el crimen y otras dolencias propias de la civilización, acarreadas por la modernidad.

Las elaboraciones teóricas que intentaban distinguir el bocio del cretinismo y la idiocia, como las publicadas en la *Revista Médico-Quirúrgica* de Buenos Aires desde 1870 y en los registros estadísticos del Primer y Segundo Censo Nacional de la República Argentina (1869 y 1895 respectivamente), argumentaron sobre la relación «científica» entre el bocio y el carácter inferior de la población del interior, apuntando a las versiones hereditarias de esa enfermedad<sup>39</sup>. Esta dolencia se construyó así como una de las enfermedades típicas del atraso argentino, vinculado al sustrato nativo y criollo.

Hacia 1910, los funcionarios de los más altos organismos sanitarios del país, el Departamento Nacional de Higiene (DNH) y la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, comenzaron a señalar diferencias regionales muy notorias entre el litoral y el interior. Así, los médicos José Penna y Domingo Cabred, titulares de esos organismos durante varios años consecutivos, enfatizaron la necesidad de incorporar, tanto en el sentido geográfico como cultural, a las regiones más apartadas del país, sin abandonar la tarea de medicalización pública de los sectores populares y medios del litoral urbano.

Entre las afecciones descritas en los informes médicos oficiales, el bocio ocupaba un lugar preponderante, sobre todo en las observaciones

---

39. Di Liscia, n. 7.

relativas a las provincias montañosas del Norte y Cuyo argentino, donde se especificaba que la absorción de yodo era significativamente menor a la de las áreas de llanura. Sin embargo, no se descartaba la incidencia de otros factores, como el hereditario, que implicaba una discapacidad mental o física de moderada a severa denominada cretinismo. El bocio endémico por carencia de yodo, conocido con anterioridad, se caracterizó de manera concluyente a principios del siglo XX, aunque en la bibliografía médica seguían apareciendo dudas respecto a la presencia de otros factores, por ejemplo, el hereditario<sup>40</sup>.

La detección de esta afección se relacionó, paradójicamente, con una escasa atención estatal. Una exhaustiva estadística de 1923 referida a las instituciones mentales argentinas, alertaba sobre la falta de previsión pública y la peligrosidad real o potencial, concluyendo con un significativo aumento de la locura en el país. La definición de las enfermedades mentales contemplaba tanto discapacidades mentales como físicas e incluía enfermedades como la epilepsia y «vicios» como el alcoholismo, la prostitución, la homosexualidad y muchos más<sup>41</sup>. Arturo Ameghino mencionaba a «6.459 habitantes con coto o papera», de los cuales unos 2.520 se consideraban «cotos retardados e idiotas»<sup>42</sup>. Este médico, defensor de teorías eugenésicas extremas, traía a colación la despreocupación del Tercer Censo Nacional realizado en 1914, que no registró el bocio suponiendo que «la República Argentina se encuentra en condiciones muy favorables». Y añadía: «Por lo que hace al número de personas afectadas de incapacidad intelectual, es tan reducido en la actualidad que no merece que se le consagre un capítulo especial, como se hizo en 1895»<sup>43</sup>. De este modo, se alertaba sobre la necesaria intervención estatal para evitar la supuesta degeneración de la población.

En el *Segundo Censo*, realizado en 1895, se había señalado a Argentina como una de las naciones con mejor salud; el número de enfermos, considerados de manera general, era de 42.528, sobre un total de 4.044.911

---

40. Como ejemplo de esta tendencia, ver: Fürts, T. Nuevas teorías acerca de la etiología del bocio. *Revista Médico Germano Iberoamericana*. 1928-9; 702-709.

41. Un listado de tales enfermedades, que demuestra esa amplitud en: Ameghino, Arturo. Datos para la profilaxis mental de la República Argentina. *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*. 1923; 170-214 y en Ingenieros, José. *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Cooperativa Editorial Limitada; 1920.

42. Ameghino, n. 41, p. 184.

43. Tercer Censo Nacional, citado en Ameghino, n. 41, p. 184.

personas. En 1914, se censaron los incapacitados (ciegos y sordos), dato al parecer novedoso y acorde a los censos más modernos; pero se redujo la serie de preguntas del cuestionario, que, como señalamos más arriba, fue muy criticado pocos años después por otros especialistas. Se produjo una eliminación de aspectos sociodemográficos claves, sentando las bases de la explicación de las enfermedades con arreglo a causas biológicas y ambientales<sup>44</sup>.

Las enfermedades fueron consideradas un problema relacionado con la geografía médica y no con la intervención estatal. Se afirmaba la noción de una nación sana, cuyo paisaje privilegiado, junto con otras causas biológicas, físicas y sociales, impedía la enfermedad y llamaba a pobladores de todo el mundo que quisiesen habitar una tierra supuestamente libre de toda dolencia. Este mensaje estaba en consonancia con el estímulo a la inmigración y funcionó de manera circular: más población blanca y europea significaba una disminución de las enfermedades degenerativas y la consecuente suplantación de la población del interior, afectada por esas dolencias deformantes, como el bocio.

La constitución argentina, sancionada en 1853, enfatizaba ya desde su preámbulo la apertura del país a la introducción de población extranjera, situación que se enfatizó en la legislación inmigratoria posterior (Ley 876, aprobada en 1876). Pero las élites habían soñado con un país poblado con europeos, sobre todo provenientes de América del Norte, y la mayor parte de los inmigrantes provenían del Sur de Europa. A finales del siglo XIX, la irrupción del aluvión inmigratorio comenzó a percibirse como una invasión que podía comprometer el futuro demográfico del país, dado que la mayor parte eran «indeseables» (agitadores políticos, prostitutas, enfermos). La versión «positiva» de la inmigración —cargada por el prejuicio de la inferioridad racial de indígenas, mestizos y otros nativos del interior argentino—, dejó de sustentarse entre los más influyentes médicos y psiquiatras argentinos casi contemporáneamente a la mención del *Tercer Censo* de 1914. José Ingenieros y Arturo Ameghino sostuvieron enfáticamente el aumento de la locura en el país, culpabilizando tanto a la desatención de los miles de «degenerados» del interior como a la negativa estatal de con-

---

44. Otero, Hernán. Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna. Buenos Aires: Prometeo; 2007, especialmente el capítulo 3.



trol inmigratorio, que había llenado los hospicios locales de otros miles de extranjeros «anormales»<sup>45</sup>.

El desplazamiento de los «sujetos peligrosos» para la formación étnica mudó de una apelación meramente racial (blancos sanos y extranjeros *versus* indígenas «bociosos y cretinos»), a la argumentación sobre la disolución racial y nacional (blancos, pero extranjeros y enfermos mentales). También incidieron en este imaginario, centrado en las propuestas científicas, una versión pesimista sobre el futuro demográfico argentino, preocupado por la falta de población y el aumento de males crónicos (tuberculosis, sífilis) y de patologías «morales» —prostitución, crimen, alcoholismo—, entre otras.

El bocio estaba completamente al margen de la problemática de la inmigración, considerando que las áreas endémicas coincidían con las cordilleranas del Norte y Cuyo, menos atractivas para el asentamiento externo. En uno de los mayores esfuerzos del reformismo político, coincidente con la «aparición» del interior, el monumental Informe del médico Juan Biale Massé expresaba que la degeneración de la raza indígena y criolla se debía a las raciones insuficientes y el trabajo agotador. Entre las afecciones de las provincias y territorios del Norte argentino, recorrido durante el año 1904, Biale Massé señalaba la terrible incidencia del paludismo, tifus y viruela<sup>46</sup>.

El papel de las investigaciones sobre el mal de Chagas en este escenario es marcadamente diferente: los estudios de Kraus, Maggio y Rosenbusch en 1915 y 1916 podían aparecer como una continuación en la representación del bocio como enfermedad inferiorizante, creadora de «monstruos» y seres animalizados. Las fotografías presentadas por esos autores impactan mucho más que las descripciones. Fueron tomadas por el Dr. De Gregoris en el Hospital Milagro, en la noroesteña provincia de Salta y representan a mujeres, varones, niños y adultos, tanto de manera individual como en grupos, vestidos muy pobremente, descalzos y mostrando en sus rostros los estigmas de la deformidad física<sup>47</sup>.

---

45. Ingenieros, n 41. Ameghino, n. 41. En relación con la inmigración europea, hay que considerar los matices y diferencias étnicas y de nacionalidad, que llevaron a diferencias substanciales en el discurso sobre la aceptación y el rechazo. Ver por ejemplo, en el caso de la tuberculosis y los gallegos, el texto de Diego Armus. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa; 2007.

46. Biale Massé, José. Informe sobre el Estado de la clase obrera. Buenos Aires: Hyspamérica; 1986, vol. 1, p. 17 y p. 78-79.

47. Kraus; Rosenbusch, n. 22.

Según Kraus y colaboradores, el bocio no tenía ninguna relación con la enfermedad descrita por Chagas: la presencia de vinchucas infectadas con el *T. cruzi* no coincidía con el bocio y aún entre los bociosos, no había humanos infectados con la tripanosomiasis. Para él, que había estudiado el bocio en Europa, la cuestión —una vez aclarada la etiología carencial— sería resuelta rápidamente con la administración de la tiroidina. Las investigaciones de Kraus ponían en entredicho los enunciados científicos de Carlos Chagas, pero sin llegar a negar completamente la existencia de la parasitosis.

Como hemos señalado, desde la primera década del siglo XX, los distintos directores del máximo organismo sanitario argentino incorporaron el interior del país a sus políticas públicas. Ya en el Congreso Médico de 1916, Araoz Alfaro, ferviente defensor de la intervención médico-social y luego director del DNH, había señalado enfáticamente la necesidad de estudiar las patologías peculiares de Argentina. A diferencia de aquellos facultativos anteriormente citados, que asumían tendencias eugenésicas excluyentes, Araoz Alfaro destacaba las causas sociales (como la alimentación, vivienda e ingresos de los sectores populares) en relación con las enfermedades rurales y dentro de ellas, adquiriría importancia el mal de Chagas.

Esta afección fue detectada por primera vez en Argentina en 1924 por Peter Mühlens, del Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo, invitado por el DNH para realizar investigaciones sobre la malaria<sup>48</sup>. Desde 1929, las investigaciones de Salvador Mazza en la MEPRA (Provincia de Jujuy, Argentina), apuntaron a la búsqueda de los vectores de la tripanosomiasis, reservorios domésticos y silvestres del parásito, y estudiaron casos humanos de enfermedad de Chagas a través de trabajos de patología experimental, métodos diagnósticos y ensayos terapéuticos de gran impacto<sup>49</sup>.

---

48. Mühlens, Peter. Informe preliminar sobre estudios realizados en los territorios del Chaco, Formosa y en el Paraguay. Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1924; 30 (1) y Mühlens, Peter. Sobre algunos progresos de la medicina e higiene tropical y de la guerra. Revista Médica de Hamburgo. 1924; 5 (10): 301-309.

49. Sobre la MEPRA, ver Sierra-Iglesias, Jobino Pedro. Salvador Mazza, su vida e su obra, redescubridor de la enfermedad de Chagas. San Salvador de Jujuy: Universidad Nacional de Jujuy; 1990. Storino, Rubén. Salvador Mazza: La vigencia de su «paradigma» y el legado de la misión de estudios de patología regional Argentina (MEPRA) en la enfermedad de Chagas. In: II Taller de Historia Social de la salud y la enfermedad en la Argentina. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados-Conicet; 9 y 10 de Agosto de 2006. Zabala, Juan Pablo. Producción y uso de conocimientos científicos vinculados a la enfermedad de Chagas. Argentina, 1915-2000 [tesis doctoral]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales–Sede Académica Argentina, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne; 2007.

Si, en Brasil, el estudio de las endemias rurales expresaba la traducción local de la medicina tropical europea<sup>50</sup>, lo mismo puede pensarse en relación con la idea de patología regional, eje del proyecto de Mazza: el estudio de las enfermedades *específicas* del país estaba asociado a una determinada percepción de la identidad nacional. El término «patología regional» sustituía la designación de enfermedades «tropicales, exóticas o coloniales», por considerarse que esos términos corroboraban la óptica de la medicina europea<sup>51</sup>. En ambas naciones sudamericanas, tal directriz se expresó en un intento de organización estatal que incluyera el interior, representado como corazón de la nación, como contrapunto a un mundo urbano/litoral mimetizado con Europa.

En la época de la creación de la MEPRA, aunque ya se habían registrado algunos pocos casos de tripanosomiasis americana en Argentina, todavía había incertidumbre sobre la existencia de la patología en el país. Dirimir tales dudas era justamente uno de los propósitos de Mazza en la MEPRA. En el inicio de la década de 1930, los estudios clínicos y epidemiológicos sobre el mal de Chagas se intensificaron en varias regiones de Argentina, donde esta institución detectó nuevos casos<sup>52</sup>.

En 1934, el mismo año del fallecimiento de Chagas, Salvador Mazza comunicó el hallazgo de varios casos en el Chaco argentino y hasta 1946, registró 1.400 casos de la enfermedad<sup>53</sup>. En 1935, se realizó en Mendoza la XIX Reunión de la Sociedad de Patología Regional Argentina, en homenaje al recién fallecido Carlos Chagas, El encuentro tenía como objetivo divulgar con especial énfasis los progresos en el estudio del mal de Chagas producidos por la MEPRA<sup>54</sup>.

En el discurso pronunciado en esa ocasión, Mazza señaló que los investigadores de la MEPRA debían buscar la colaboración del «médico de la región, especialmente del rural, obtenida mediante un estímulo de su tarea diaria, siempre ardua, armándolo de los elementos de juicio para apreciar o sospechar *la verdadera naturaleza* de procesos encubiertos por

---

50. Kropf, n. 6.

51. Mazza, S. La palabra del Dr. Salvador Mazza. Revista del Círculo Médico de Mendoza. 1935; 2 (19): 30-32.

52. Un registro pormenorizado en MEPRA, publicación n° 26, 1936.

53. Storino, n. 49.

54. Fueron presentados 35 casos agudos de la enfermedad, identificados sólo en los meses que antecedieron al encuentro. Ese número, conmemoró Mazza, «supera la cifra total de los casos demostrados en el país desde el descubrimiento de Chagas». Mazza, n. 51.

apariencias de vulgares padecimientos que simulan entidades morbosas comunes»<sup>55</sup>. Este mismo año, un artículo aparecido en la publicación de la Sociedad Argentina de Patología Regional sobre «Formas clínicas del Bocio en Mendoza» consideraba ya de manera terminante al bocio vinculado a una diversidad de causas, sin que apareciera la mención a la parasitosis<sup>56</sup>.

En el caso de la tripanosomiasis, el desafío era diseminar entre los médicos los elementos de juicio para garantizar el diagnóstico clínico de una entidad nosológica que estaba aún llena de dudas. Como respuesta a tal planteamiento, la reunión de Mendoza se volvería clave en la historia del mal de Chagas. Allí Cecilio Romaña anunció la descripción<sup>57</sup> de un signo clínico de fácil identificación (el edema palpebral unilateral o hinchazón en el ojo), indicativo de la fase aguda de la infección chagásica, que, por estar al alcance de cualquier médico o persona lega informada, haría aumentar sustancialmente el número de casos de la enfermedad. El joven clínico de Resistencia era uno de los colaboradores de Mazza, quien lo había enviado al IOC en 1934 para realizar estudios con el propio Chagas.

Pero el mal de Chagas (o mal de Chagas-Mazza, como se anexó a su denominación en Argentina con posterioridad), pese a su reconocimiento expreso en el territorio argentino, no alcanzó, durante este período, el status de «enfermedad nacional». Depende tal situación de una enunciación institucional concreta, realizada por actores interesados en incorporar la problemática de una enfermedad a la construcción identitaria e implicaría una *mise en scène* institucional, con objetivos e instrumentos propios y una circulación ideológica a favor o en contra, incorporada a una agenda de debate más amplio. De acuerdo a Caponi<sup>58</sup>, los objetivos del Instituto de Bacteriología fueron justamente un estudio de las enfermedades específicas de Argentina, en contraposición a la tendencia de priorizar aquéllas estudiadas en Europa y redescubiertas en el país. Sin embargo y a diferencia de lo sucedido en Brasil, las afecciones del interior no fueron parte preponderante de las investigaciones en el país, aún con la actuación del MEPRA.

---

55. Mazza, n. 51, p. 31.

56. Formas clínicas del bocio en Mendoza. Novena Reunión de la Sociedad Argentina de Patología Regional, Mendoza, 1-4 octubre. 1935; 66: 672-676.

57. Romaña, Cecilio. Acerca de un síntoma inicial de valor para el diagnóstico de forma aguda de la enfermedad de Chagas. La conjuntivitis esquizotripanófica unilateral (Hipótesis sobre la puerta de entrada conjuntival de la enfermedad). Publicaciones MEPRA. 1935; 22: 16-28.

58. Caponi, Sandra. Trópico, microbios y vectores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2002; 9 (suplemento): 111-138.

Según Zabala, a partir de mediados de la década de 1940 la enfermedad de Chagas sería reconocida como un problema social nacional<sup>59</sup>.

Tal distancia está vinculada con el surgimiento y consolidación de una medicina tropical, ausente en Argentina a raíz de la afirmación de su pertenencia a países de clima templado. Dicho imaginario se contradice, en cierta medida, con la realidad, habida cuenta de que gran parte del Norte coincide con franjas climáticas subtropicales y tropicales, pero fue una argumentación utilizada desde finales del siglo XIX como reclamo para la inmigración blanca y europea, en contraste con otros países, cuya «malsana» geografía era vista como obstáculo a la instalación de población «civilizada».

Si volvemos a la incidencia demográfica de la inmigración, existe entonces una nueva conceptualización respecto a la construcción patológica nacional. Justamente, los científicos detectaban y publicitaban una carencia de enfermedades típicas en la República Argentina, que animó la instalación de europeos en su suelo. En el interior, el bocio, heredero ancestral de la tierra indígena, fue el transformador del perfil de la población, aumentando las generaciones de «idiotas». Pero su resolución no era nacional, ya que la investigación se asumía a partir de una carencia manifestada también fuera del país. Su detección podía darse tanto en Santiago de Lerma como en Munich, en las laderas de los Andes como en los Alpes. El examen y terapia del bocio eran parte de las redes científico-médicas internacionales, es decir, era una enfermedad estudiada fuera del ámbito americano.

En principio, la población inmigrante que llegaba al territorio argentino no presentaba bocio cretínico; por lo tanto, se incorporaba (de acuerdo al discurso médico), como habitante «sano» en las llanuras y las ciudades del litoral. Hacia 1907, la argumentación sobre el posible ingreso de peligros externos, llevó a una reglamentación más minuciosa del artículo 32 de la Ley de Inmigración 876, aprobada en 1876. A partir de entonces, se rechazaron enfermos de tracoma, tuberculosis y otras enfermedades contagiosas, dementes e incapacitados físicos, y años después se requirió a los inmigrantes certificados de salud y de buena conducta, a fin de limitar «el aluvión de indeseables», con la intención de impedir el ingreso tanto de los degenerados físicos y mentales como de los criminales y agitadores políticos<sup>60</sup>.

---

59. Zabala, n. 49, p. 41.

60. Nota de Cigorrara, M. Memorias de la Dirección General de Inmigración, 1913, publicadas el 26 de abril de 1916.

Esta situación iba paralela a la aprobación de una legislación represiva en relación con la percepción de inmigrantes peligrosos, como fue el caso de las Leyes de Residencia, en 1902, y Defensa social, en 1910<sup>61</sup>.

El interior, libre de esta «plaga», asumía sin embargo las connotaciones también negativas de la degeneración cretínica que, a pesar de ceñirse mucho más a la población nativa, tampoco remitía a una enfermedad estrictamente nacional, toda vez que podía encontrarse en otros lugares similares del resto de América y ultramar. El mal de Chagas, en este primer momento, no asumió las mismas referencias nacionalistas que en Brasil. Hasta principios de los años treinta, su indeterminación diagnóstica, las dificultades de detección de la parasitosis y su cronicidad no imponían atención urgente, a diferencia de otras enfermedades sobre cuya peligrosidad presente y futura se alertaba públicamente.

Así, la tuberculosis y la sífilis se distribuyeron casi de manera absoluta en la agenda del DNH referente a las áreas más pobladas del litoral, a las que se unieron otras afecciones, como el paludismo, la viruela y la lepra, con más casos en el interior y en las áreas rurales. No se trataba, sin embargo, de dolencias nacionales sino de enfermedades que, vinculadas a la herencia anormal o a problemas sociales y/o morales, implicaban una decisiva intervención pública, para evitar la decadencia racial y la disgregación nacional<sup>62</sup>.

En los años cuarenta, se insistió en la necesidad de solucionar la “enfermedad bocio-cretinínica”, que atentaba contra la calidad de la población. Una publicación vinculada a las tendencias eugenésicas más extremas, los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, había abundado en artículos incendiarios desde los años treinta:

«En nuestro NO, la frenestesis y las disglándulares dan la sensación objetiva de que nuestra raza degrada, termina: los cretinos, entes psicoso-

---

61. Suriano, Juan. Introducción: una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina. In: La cuestión social en Argentina, 1870-1943. Buenos Aires: La Colmena; 2000, p. 1-29.

62. Sobre las características de estas últimas, ver Guy, Donna. El sexo peligroso. La prostitución legal en Buenos Aires 1875-1955. Buenos Aires: Sudamericana, 1994. Armus, Diego. El descubrimiento de la enfermedad como problema social. In: Lobato, M. Z., dir. Nueva Historia Argentina. Buenos Aires: Sudamericana; 2000, vol. 5, p. 507-551 y Di Liscia, María Silvia. Los bordes y límites de la eugenesia donde caen las «razas superiores» (Argentina, primera mitad siglo XX). In: Miranda, Marisa; Vallejo, Gustavo, eds. Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad. Buenos Aires: Siglo XXI; 2008, p. 377- 409.

máticos detenidos en su desarrollo, abundan, son cientos y miles, procrean monstruos y viven casi en el primitivismo de las bestias mansas, sin rendir como ellas. Estos alienados congénitos, verdaderos muñones, han nacido sin capital, se suman a la legión inconexa de idiotas, imbéciles y débiles mentales que constituyen un mundo simiesco»<sup>63</sup>.

Esta versión remitía a la relación ya tradicional entre cretinismo y bocio, incorporando los ingredientes nacionalistas característicos de las posturas más reaccionarias del espectro ideológico argentino.

Para los intelectuales del Museo Social Argentino, organismo paraestatal y muy influyente a nivel político, el bocio ejercía una «influencia degenerativa, tanto en lo físico como en lo psíquico, condicionando una real peligrosidad en el problema de la calidad, porque afecta a distintas poblaciones y porque se traduce biológicamente en un crecimiento menor, enanismo, retardo psíquico, sordomudez endémica, idiocia, malformaciones congénitas, afecciones nerviosas, que imposibilitaban toda actividad laboriosa y todo progreso en las poblaciones afectadas»<sup>64</sup>.

Carlos Bernaldo de Quirós, reconocido eugenista, citaba a Bernardo Houssay, fisiólogo y luego Premio Nobel, para legitimar una postura que, en su totalidad, enraizaba en una visión pesimista y racista de la población argentina. Para hacerla más firme, destacaba que había departamentos en las provincias norteñas con altísimos índices bociosos, que afectaban del 60 al 90% de los niños en edad escolar<sup>65</sup>. El bocio, por lo tanto, estaba ligado a la percepción clásica del degeneracionismo en sus vertientes decimonónicas y se asumía su «contagio» en confusas elaboraciones, tanto ambientales como hereditarias.

Desde otras posturas, vinculadas a la medicina social, estas nociones no tenían sustento. Las investigaciones del MEPRA definieron tal cuestión, separando bocio y degeneración, partiendo de la base de que la enfermedad tenía como causa principal la carencial, por lo cual se presentaba de manera endémica en regiones donde escaseaba el yodo y sin realizar referencias concretas a la inferioridad de la población nativa<sup>66</sup>.

---

63. Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social. 1934; 2 (7), p. 39.

64. Bernaldo de Quirós, Carlos. La realidad de la población Argentina. Boletín del Museo Social Argentino. 1943; 30: 261-71 (267).

65. Bernaldo de Quirós, n. 64.

66. Formas clínicas del bocio en Mendoza. 1935: 675-676.

En 1947, se presentó ante la Cámara de Diputados de la Nación un Proyecto de Ley para impulsar el uso de sal yodada en las provincias del Norte y Cuyo, y en la justificación del mismo, se señalaba que la alteración tiroidea era peligrosa porque conducía a los individuos a un estado de retardo mental y los transformaba en idiotas, una «carga para el Estado»<sup>67</sup>. En el Atlas que compilaba los avances de Argentina durante el gobierno de Juan Domingo Perón, se publicó en la década de 1950 un cartel donde se señalaba la lucha contra el bocio endémico llevada a cabo en las provincias del Norte, Cuyo y Mesopotamia, expresando que se había logrado limitarlo gracias a la entrega de miles de comprimidos de yodo<sup>68</sup>. La enfermedad adquirió otras connotaciones para la medicina social, ya que era posible prevenirla a través de una medicación relativamente fácil de administrar y accesible.

#### 4. Conclusiones

En Brasil, la afirmación de la relevancia social de las endemias rurales —como la malaria, la anquilostomiasis y el mal de Chagas—, estuvo asociada con la institucionalización de la medicina tropical en el país y los sentidos políticos/económicos que este campo asumió en la modernización de la joven República brasileña. A pesar de que enfermedades como la sífilis y la tuberculosis —que despertaban la preocupación sobre todo en los centros urbanos— fueron temas de importancia durante el período, prevaleció la idea de que los flagelos sanitarios del país provenían de su interior, de las áreas rurales. El proyecto de integración territorial (promovido por grandes obras como la construcción de ferrocarriles), las perspectivas de poblamiento y el desarrollo de la economía agrario-exportadora crearon condiciones favorables para impulsar y legitimar el estudio de las llamadas «enfermedades tropicales», como temas de relevancia económica y social.

No es casual que Carlos Chagas fuese el primer titular de la cátedra de medicina tropical, creada en 1925 en la Facultad de Medicina de Río de Janeiro. Para él, tal disciplina, establecida en Europa a partir de intereses imperialistas, era fundamental en Brasil no solamente por tratarse de un

---

67. Proyecto de Ley, 1947, p. 663-664.

68. Argentina. La Nación Argentina. Justa, libre y soberana. Buenos Aires: Presidencia de la Nación-Peuser; 1950, p. 49.



campo del conocimiento en expansión en el escenario internacional, sino porque tales enfermedades —las endemias del interior— eran problemas importantes para el país<sup>69</sup>.

En el caso de Argentina, la percepción dominante durante este período era que las enfermedades socialmente más relevantes provenían del exterior en dos sentidos. Por un lado, se privilegió un repertorio de enfermedades vistas como «cosmopolitas», estudiadas en referencia al modelo pasteuriano, sin ninguna relación con las condiciones geográficas peculiares del territorio argentino. Por otro lado, se asumió la concepción de que la población mayoritariamente doliente era inmigrante —y, por lo tanto, vehículo de los «venenos» de la modernidad—, a contramano de anteriores y positivas interpretaciones sobre su lugar en el progreso argentino. Sus enfermedades se volvieron así el foco de atención de médicos y autoridades sanitarias.

El bocio y el mal de Chagas, enfermedades del interior estudiadas en Argentina a partir de los años veinte en el MEPRRA, no tuvieron mayor impacto en una sociedad que requería de los cuerpos extra-nacionales para crecer y medrar, y así eliminar los resabios de degeneración de sus propios cuerpos enfermos. La preocupación mayor de médicos y políticos por la reglamentación, legislación e instituciones para la lucha anti-tuberculosa y anti-sifilítica dan pie para esta interpretación. Incluso el interés por el estudio de las enfermedades regionales que impulsó el MEPRRA no consiguió que las enfermedades regionales —pese a los estudios y la atención que algunos médicos les dedicaron— adquiriesen, durante el período analizado, mayor relevancia nacional, en relación con los problemas centrales de las políticas sanitarias<sup>70</sup>.

En Brasil, las enfermedades que movilizaron el debate nacional en este periodo fueron las que referían al interior de un país donde los trópicos asumieron sentidos particulares a partir de la idea de *sertões*. En Argentina, un país que no se visualizaba a sí mismo como tropical, las enfermedades más visibles, de acuerdo al discurso médico, eran las introducidas por extranjeros.

En ambos casos, este debate expresaba la estrecha relación entre saber médico, representación científica y social de las enfermedades y, además

---

69. Chagas, Carlos. Aula inaugural da Cadeira de Medicina Tropical—14 de Setembro de 1926. In: Discursos e conferências. Rio de Janeiro: A Noite; 1935, p. 137-166.

70. Un recorrido por la temática de los Anales y el Boletín del Departamento Nacional de Higiene (en Buenos Aires) en estas décadas también avalaría esta cuestión.

las perspectivas por las cuales estos dos importantes países de América del Sur buscaban superar el atraso, para sentarse en la mesa de las naciones modernas. Así, siguiendo las vertientes contemporáneas de estudio de la historia social de las enfermedades, se trata de percibir, en estos casos históricos específicos, la construcción científica y social de las enfermedades como objetos que, más allá de su dimensión en cuanto eventos biológicos, expresan determinadas visiones sobre individuos y grupos y también sobre los procesos de intervención en la vida social, especialmente con respecto al papel de los médicos como agentes de esta intervención. ■