

XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán, 2007.

Bocio, chagas e identidad nacional. Enfermedades y polémicas en Argentina y Brasil (1910-1940).

Kropf, Simone Petraglia (Casa de Oswaldo Cruz) y Di Liscia, María Silvia (Universidad Nacional de La Pampa).

Cita:

Kropf, Simone Petraglia (Casa de Oswaldo Cruz) y Di Liscia, María Silvia (Universidad Nacional de La Pampa). (2007). *Bocio, chagas e identidad nacional. Enfermedades y polémicas en Argentina y Brasil (1910-1940)*. XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-108/897>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

XI Jornadas Interescuelas-Departamentos de Historia
Universidad Nacional de Tucumán, septiembre 2007

Bocio, chagas e identidad nacional. Enfermedades y polémicas en Argentina y Brasil (1910-1940)

Simone Petraglia Kropf

Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

María Silvia Di Liscia

Universidad Nacional de La Pampa, Argentina

1. Introducción

En 1911, uno de los más reconocidos científicos sudamericanos, propuesto ese año para el Premio Nóbel de Medicina, afirmó rotundamente en un discurso dirigido a las más altas autoridades políticas, las consecuencias degenerativas de una enfermedad parasitaria sobre la población, que implicaban a su vez serios problemas en la base laboral. Carlos Chagas argumentaba que la tripanomiasis, descubierta por él mismo en 1909, minaba lentamente el organismo humano, limitando su vitalidad física y mental, y además, extendiéndose por el interior de Brasil, creaba "una população de degenerados, certamente inaproveitáveis na evolução progressiva do país" (Chagas, 1911b: 373). La carga enorme de esta afirmación, evidentemente, excede a 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 *T. cruzi* en la tiroides. Su hipótesis era que en regiones donde hubiese la infección por el *T. cruzi*, se produciría el bocio de etiología parasitaria, diferente del bocio que existía en Europa. Para otros investigadores de Argentina, el bocio endémico y la enfermedad de Chagas eran patologías distintas, sin ninguna relación entre sí; la cuestión del bocio seguía siendo una dolencia carencial, cuya solución era ambiental o bien, como enfermedad congénita, que proveía de cretinos y otros incapacitados graves a las decaídas demografías del interior argentino.

Nuestra intención es justamente mostrar el debate donde intervienen hipótesis y pruebas científicas como un proyecto que presupone negociaciones, conflictos y sobre todo, a un conjunto de actores sociales que en circunstancias históricas específicas,

actuaron colectivamente en la producción de varios sentidos, especialmente, en una determinada construcción sobre la nacionalidad brasileña y argentina.

Esta ponencia abarca desde la primera década del siglo XX, cuando se inicia el proceso de estudio del Mal de Chagas, hasta los años cuarenta, cuando se consolida el estudio de las patologías regionales en ambos países, aún con diferencias. Se consideran de manera comparativa los sucesos vinculados con las dos enfermedades, de carácter muy diferente, en los dos países más importantes por aquel entonces de América del Sur: Argentina y Brasil. Si bien se trata de un ejercicio comparativo, fortalecido por los debates científicos a uno y otro lado de las fronteras, se justifica también a la luz de la historia de ambos países, de manera general, y de manera particular, a raíz de la experiencia compartida en el proceso del conocimiento y construcción científica. De acuerdo con Fausto y Devoto (2005), 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 en el contexto de ambos espacios, a nivel social y cultural¹.

En relación a la salud pública, Belmartino (2005) ha señalado una incidencia del Estado en el interior de Brasil más temprana que en Argentina, aunque en este país eran frecuentes desde los años veinte nociones de intervención social pública modeladora de la acción social y sanitaria. La creación, en 1920 en Brasil, del Departamento Nacional de Salud Pública (del cual Chagas fue el primer director), significó un importante fortalecimiento y ampliación del poder federal en el ámbito de la salud, apuntando especialmente al saneamiento de las áreas rurales del país, en un proceso que se intensificaría con la creación, en 1930 y durante el gobierno de Getulio Vargas, del Ministerio de Educación y Salud (Hochman, 1998).

¹ De acuerdo a Fausto y Devoto (2005: 152-155), hasta 1940, existe 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 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 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 en Brasil, hacia 1920, contaba con un 5 % de extranjeros, aunque el 35 % vivían en Sao 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, el 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 (Fausto y Devoto, 2005: 172-173 y 178).

En este caso particular, se pretende avanzar de manera acompasada a partir de los insumos y experiencias de anteriores trabajos; cuya base ha sido justamente una profundización sobre la relación entre ciencia y sociedad a través del examen del Mal de Chagas en Brasil (Kropf et al. 2005, Kropf, 2006) y de una revisión de los alcances particulares respecto a la incidencia de las elaboraciones médicas sobre el bocio como entidad nosológica en Argentina (Di Liscia, 2005). No escapa el desafío que implica ampliar el foco de análisis en tal magnitud, pero sin duda, las ganancias de una visión conjunta argumenta a favor de este ensayo preliminar.

2. Un descubrimiento para el interior de Brasil

La identificación de la nueva dolencia, denominada muy pronto "Mal de Chagas", fue presentada como un gran suceso de la ciencia brasileña y se transformó en el principal aspecto del proceso de ampliación y legitimación científica y social del Instituto Oswaldo Cruz (IOC), en Río de Janeiro. 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). Los enunciados sobre la definición clínica y la importancia médico-social de la nueva dolencia implicaron, a partir de 1910, un intenso debate sobre las condiciones de atraso de las áreas rurales, y sobre el papel social de la ciencia y la identidad nacional. Este debate culminó con el llamado movimiento por la salud/saneamiento de los *sertões*, entre 1916-1920 (Lima & Hochman, 1996, 2004).

El Mal de Chagas fue instituido, "enmarcado", al mismo tiempo como hecho científico y hecho social, en un largo proceso que incorporó negociaciones y acuerdos y articuló diversos actores e instancias de la vida social. Su configuración como entidad nosológica específica, derivada de las investigaciones de Carlos Chagas y sus colaboradores y seguidores, se dio de modo unido al proceso por el cual se representó de una manera la sociedad brasileña, a sus problemas y sobre todo, al papel de la ciencia en esta sociedad. De acuerdo a los esquemas conceptuales de las nuevas teorías médicas emergentes en el escenario internacional, en el pasaje del siglo XIX al XX, en especial la medicina tropical (Caponi, 2002; Benchimol & Sá, 2005, 2006), y por el proyecto institucional de ciencia que Oswaldo Cruz buscaba implementar en Manguinhos –una ciencia que articulase aplicabilidad social y excelencia académica-, el Mal de Chagas

funcionó como marco para un determinado recorte de la sociedad brasileña². 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 propia de apuntar sus problemas 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 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 patología tropical, endemia rural y “enfermedad de Brasil” hace de éste un caso especialmente revelador de cómo los científicos brasileños referenciaban los esquemas teóricos producidos fuera del país – por ejemplo, la medicina tropical europea – no solamente con el sentido de una activa inserción en el movimiento de producción y afirmación de estos esquemas, sino sobre todo para concederles significados peculiares a partir de 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 estos enunciados, en el proceso de su estabilización como hecho científico - fueron establecidos en estrecha asociación con los significados que la encuadraban como “enfermedad de Brasil”, en varios sentidos, más allá de las estimaciones en cuanto a la dimensión geográfica: la imagen de un país enfermo, cuyo progreso era inviable a raíz de las endemias rurales que perjudicaban la productividad de sus trabajadores y, al mismo tiempo, el símbolo de la ciencia que descubría este

² De acuerdo a Rosenberg, cabe al historiador o al sociólogo analizar los procedimientos por los cuales los fenómenos orgánicos son descriptos mediante determinados recursos interpretativos y ganan el estatuto de entidad biológica (enfermedades), definidas y explicadas mediante ciertas características. Se puede afirmar la naturaleza social de los productos de este conocimiento porque tales recursos (*frames*) por los cuales se produce el conocimiento no son *necesarios*, desde el punto de vista de una racionalidad interna que establezca una correspondencia con la realidad a ser conocida, sino por el contrario constituyen sistemas de *convenciones o creencias* socialmente negociados y legitimados. No se trata, por tanto, de negar la existencia de la dimensión biológica de la enfermedad, sino de afirmar que tal dimensión sólo se transforma en “realidad”, nombrada y clasificada como *enfermedad específica*, mediante los procedimientos y esquemas particulares que dicen respecto a determinados grupos y procesos sociales (Rosenberg, 1992: 310). El sustantivo *frame* tiene el sentido material de una estructura, un armazón que da forma y sustenta algo (una moldura de un cuadro, una puerta, etc) en un sentido figurado, en cuanto ordena el sistema general que origina y estructura alguna cosa. Como verbo, podría ser traducido como “amoldar”, “encuadrar” (se remite a la noción de Rosenberg, 1991).

Brasil desconocido del interior y generada los medios para su incorporación a la marcha del progreso nacional.

En 1910, Carlos Chagas presentó la primera caracterización clínica de la enfermedad. La infección aguda, que aparecería en las primeras edades, comprendía disturbios cerebrales que llevaban a la muerte y en su mayoría, casos menos graves, que evolucionaban hacia el estado crónico y acarreaban disturbios neurológicos, cardíacos y endocrinos. 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 (Marques & Mitre, 2004). Distinguido como señal de la nueva tripanosomiasis, el bocio se transformó en el principal criterio para estimar la incidencia de la enfermedad y para su diagnóstico clínico. Además de eso, las parálisis y disturbios de la inteligencia, atribuidos entonces por Chagas a la acción de *T. cruzi* sobre el sistema nervioso, eran el emblema de la incapacidad y la "degeneración" producidas por la enfermedad (Chagas, 1910 a, b).

Las formulaciones sobre la nueva patología hicieron emerger un objeto médico y, al mismo tiempo, social. A pesar de no disponer de datos sobre la distribución geográfica de la enfermedad, se estimó, en base a la aparición de vinchucas infectadas y la presencia de bocio, que estaría bastante difundida en las áreas rurales de Minas y en otros estados de Brasil. En el momento que la nación conmemoraba la estabilidad política y económica del régimen republicano y el saneamiento urbano de su capital litoraleña, con el éxito de la campaña de Oswaldo Cruz contra la fiebre amarilla (Benchimol, 2001), Chagas afirmó que la ciencia, la medicina y la sociedad brasileñas entraban en contacto no solamente con una enfermedad de fuerte impacto médico-social, sino con una patología que era endémica en el 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 individuos. Para ello, el principal camino fue apuntalar la idea de la degeneración y los prejuicios que la pérdida progresiva de la vitalidad causaba a la productividad agrícola, eje de la economía brasileña.

La enfermedad descubierta en el *sertão* mineiro sería considerada como la dolencia del *sertão* de Brasil, en un movimiento en el que este término dejaba de expresar un espacio geográfico para transformarse en un elemento distintivo de la propia nacionalidad³. El diseño clínico de la tripanosomiasis condensaba la correspondencia entre el organismo humano decadente y de un ambiente físico y social marcado por el abandono, miseria y la improductividad. La *cafua* (rancho) 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, enfermedad de Brasil*. Si, como apunta David Arnold (1996), 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). La profilaxia debería ser hecha, fundamentalmente, para mejorar las viviendas rurales, de manera de impedir la infección por las vinchucas. Además de dirigirse a las autoridades médicas y políticas de la capital federal, el investigador del IOC buscaba convencer también a las élites de estados donde la amenaza de la enfermedad se hacía más presente.

En un momento en que la crisis económica era una preocupación de la élite minera (Dulci, 1999), Chagas exortó, en una conferencia de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Minas Gerais, a que los médicos y políticos colaborasen en la denuncia de un mal profundamente identificado con ese estado (Chagas, 1911 a). El área de distribución de la endemia, por los datos hasta entonces producidos por la distribución de las vinchucas, se confundía con su territorio, en sí mismo evocativo del interior y de la "vocación agrícola" de la nación. Como mayor estado de la región sudeste de Brasil y sin fronteras litorales, Minas tenía gran importancia política y económica en la federación, por la dimensión de su electorado y por su producción agrícola, entonces centrada en el monocultivo cafetero.

Al año siguiente, Chagas presentó la enfermedad en la Sociedad de Cirugía de San Paulo, estado que, juntamente con Minas, constituía un pilar de sustentación del

³ De acuerdo a Lima (1999), en relación al recurso metafórico para pensar el Brasil, el *sertao*, 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 estructuradora del pensamiento brasileño.

régimen republicano (Chagas, 1912 b; sobre el peso de cada estado en el conjunto nacional, ver Love, 1996). 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 (Silva, 1999).

Las formulaciones de Chagas despertaron el debate sobre las condiciones sanitarias del interior y las medidas que debían ser tomadas por el poder público. En la Cámara Federal, los parlamentarios apuntaban la necesidad de una intervención estatal más amplia y centralizada. La prensa reiteraba: "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 *sertoes*⁴.

Entre 1915/1916, la caracterización clínica y epidemiológica de la tripanosomiasis fue cuestionada, poniendo en duda el propio estatuto de la enfermedad como entidad nosológica diferenciada. Un aspecto importante del contexto que llevó a tales cuestionamientos era la extrema dificultad de demostrar la presencia del agente etiológico en los casos crónicos (la mayoría de los enfermos). En esta fase, el parásito no es encontrado en la sangre; y en los exámenes de los órganos y tejidos pos-mortem su identificación es muy difícil. El método que Chagas usaba en sus primeras investigaciones para realizar el diagnóstico parasitológico de los casos crónicos 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 asociación con el bocio.

Los estudios hechos en Argentina bajo el liderazgo del microbiologista austríaco Rudolf Kraus (que 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, los investigadores se inquietaron con el hecho de no haber diagnosticado ningún caso humano en el país. Relataban que por un lado, en varias provincias donde había vectores, no había portadores de bocio y por otro lado, cuando se los encontraba, no se

⁴ Vidal, Gil. "Uma calamidade", *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 18 de noviembre de 1910. Fondo Família Chagas (Documentos Carlos Chagas), Libro de Recortes de Jornais, v. 2, p. 89.

conseguía comprobar la infección por el *T. cruzi* (Kraus, Maggio & Rosenbuch, 1915; Kraus & Rosenbuch, 1916).

Kraus y sus colaboradores argumentaban que sus manifestaban tiroideas y neurológicas referidas por Chagas corresponderían, en la realidad, al bocio y al cretinismo endémicos descritos en Europa. Del cuadro clínico establecido por el científico brasileño, sólo habría evidencias seguras de la existencia de casos agudos, hasta entonces descritos en las localidades en que venía siendo estudiado en Brasil. Por lo tanto, la enfermedad no estaba tan extendida como pensaba Chagas.

En respuesta a tales críticas, Chagas afirmó que, aunque tuviese que reevaluar algunas de sus ideas, no consideraba amenazado el concepto general de la enfermedad, el cual no se restringiría al país que había sido descubierta. De todos modos, dio inicio a un importante proceso de "reencuadramiento" del diseño crítico de la tripanosomiasis, minimizando la primacía de las señales tiroideas y reforzando la importancia de los elementos cardíacos. En la nueva clasificación que proponía para las formas crónicas, trató la etiología parasitaria del bocio endémico como un "problema anexo", pasible de revisión (Chagas, 1916 b: 20).

Al retornar de Buenos Aires, Carlos Chagas y la delegación brasileña fueron recibidos en la capital de Brasil por la clase médica con grandes homenajes. En esta ocasión, Miguel Pereira (presidente de la Academia Nacional de Medicina), pronunció un discurso que se volvería célebre como marco de origen de la campaña para el saneamiento de Brasil, al declarar que, a raíz de las endemias rurales que asolaban su territorio, el Brasil constituía un "gran hospital"⁵.

Sus palabras repercutieron fuertemente en el medio médico y en debate político e intelectual sobre la identidad nacional (Lima & Hochman, 1996, 2004) y conquistaron muchas adhesiones, aunque también resistencias, por parte de quienes consideraban que ese diagnóstico "pesimista y exagerado" hería el orgullo nacional. 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 (Oliveira, 1990).

El mal de Chagas (cuyos estudios Pereira acompañaba de cerca, llegando a proponer una de las designaciones usadas por Chagas, la de "tiroiditis parasitaria"), fue

⁵ "A manifestação dos acadêmicos ao professor Aloysio de Castro", s.n., [outubro de 1916], FFC(DCC), LRJCC, v. 3, p. 23.

un importante ingrediente de la denuncia en relación al "vasto hospital". En respuesta a los que dudaban de esta enfermedad, Pereira acentuó a misión social de los hombres de ciencia, quienes, como Chagas, iban a los *sertoes* y develaban la triste realidad de un Brasil abandonado, enfermo, que sólo respondería a los clamores patrióticos del momento por medio de un "ejército de sombras".

En 1918, como desdoblamiento de la intensa movilización despertada por el discurso de Pereira, se creó la Liga Pro-Saneamiento de Brasil, dirigida por Belisário Penna. Con una gran repercusión en la prensa, en los medios intelectuales y en el Congreso Nacional, el movimiento sanitarista reivindicaba que el Estado brasileño aumentase su poder de intervención en el campo de la salud pública y condujo a una amplia reforma de los servicios sanitarios, con la creación, en 1920, del Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP), del cual Chagas sería el primer director (Hochman, 1998).

En el ámbito de este movimiento, la dimensión simbólica del mal de Chagas como enfermedad de Brasil se intensificó. Irónicamente, a contramano del nuevo arreglo propuesto por Chagas respecto al diseño clínico de la enfermedad, el discurso público reforzaría justamente uno de los dos principales elementos que él buscaba minimizar: la asociación con el bocio. En los principales textos que vehiculizaban la campaña (Neiva & Penna, 1916; Penna, 1918; Lobato, 1918), éste continuaría siendo el "sello" de la dolencia, materializando visualmente, junto con los desórdenes neurológicos, los efectos dramáticos del cuadro mórbido de los que perecían en el interior del país.

La proyección asumida por la tripanosomiasis americana y por su descubridor en el dominio de la política expresaba reconocimiento y legitimidad pero, al mismo tiempo, imponía mayor susceptibilidad a las controversias y tensiones. A medida que impulsaba el clamor de los sanitaristas, la "enfermedad de Brasil" se volvió objeto de una intensa polémica, que conferiría nuevos significados e implicaciones a las cuestiones científicas presentadas en Argentina, referidos al debate en torno a la identidad nacional.

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 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 las

estimaciones de los sanitaristas, que afirmaban que serían millones las víctimas del mal de Chagas. Basándose en Kraus, afirmaban que este parásito tal vez tuviese baja patogenia para el organismo humano (Aragão, 1919; Vasconcellos, 1919).

El tema se revistió de significados políticos explícitos. Los críticos de Chagas afirmaban que los "coros tétricos" con que muchos pintaban la tripanosomiasis y el cuadro sanitario nacional podían traer el descrédito al país y auyentar a los inmigrantes. Los pronunciamientos provocaron la inmediata reacción de Chagas y de Penna, líder de la campaña sanitarista, y ganaron la prensa.

La contienda alcanzó su máxima intensidad en 1922, cuando en la Academia Nacional de Medicina, el profesor de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, Afranio Peixoto, afirmó que el mal de Chagas era, en la realidad, una rareza nosográfica y no un flagelo nacional. Además de las dudas en relación a 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 entonces una comisión.

Después de intensos debates, en noviembre de 1923, la opinión de la Academia fue reiterar el mérito de la idoneidad de los trabajos de Chagas, y le fue favorable respecto a la prioridad del descubrimiento del *T. cruzi*. Con todo, se dejó abierto el centro científico y político de la cuestión. Enfatizando las restricciones en los métodos de diagnóstico de las formas crónicas, se acentuó que no se disponía de condiciones para responder a las cuestiones de definición clínica y de extensión geográfica de la dolencia. En una conferencia, Chagas reiteró sus convicciones, insistiendo que consideraba la cuestión del bocio pasible de revisión y que, en el caso que fuera descartada, no se invalidaban los otros aspectos de la enfermedad, como los elementos cardíacos. Con vehemencia, rebatió a los que acusaban de antipatriótica y pesimista su visión sobre el país. 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 (Yorke, 1937). Probablemente, este 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 profilaxia, lo que iría a suceder recién en 1950.

La polémica constituyó una evidencia de como, en la elaboración de los enunciados sobre el mal de Chagas, la dimensión científica estaba profundamente

imbricada con la dimensión simbólica y política asumida desde su descubrimiento. Si, por un lado, apuntaba respecto a dudas y lagunas que de hecho cercaban la caracterización clínica y epidemiológica de la dolencia, por otro lado, también fue alimentada por factores extra-científicos, y no solamente en relación a las rivalidades individuales con Chagas (referidas a su ascenso a la jerarquía del IOC y en la salud pública federal). Al constituir una fase particular de la trayectoria de construcción de este objeto y en relación a los caminos y tensiones que, como apunta Stepan (2001), involucraran la institucionalización de la medicina tropical del país, la polémica expresó la confrontación entre distintas posiciones en el debate nacionalista de la época y también lo que las unía: los que defendían y los que negaban la imagen de Brasil como un "vasto hospital", pero que, con diferentes perspectivas, compartían una visión de que la dolencia de Chagas era el emblema de una mirada sobre el país y sobre los brasileños que habitaban en su interior.

La tripanosomiasis americana siguió, a partir de 1923, su trayectoria de construcción. Las nuevas sendas que Chagas había tomado en 1916 –y que imprimían un nuevo encuadramiento como dolencia cardíaca-, fueron reforzadas y llevarían, después de su muerte, sobre nuevas circunstancias teóricas, institucionales y políticas, a una nueva etapa de este proceso largo y colectivo de producción de consenso. 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, con el trabajo del MEPR.

En el IOC, las investigaciones conducidas por Evandro Chagas y Emmanuel Dias (hijo y ahijado de Chagas y sus discípulos), respectivamente, en el Servicio de Estudio de las Grandes Endemias (1937-1940) y el Centro de Profilaxia y Mal de Chagas en la ciudad de Bambuí (1943-1962), producirían nuevos acuerdos cognitivos y sociales para que la enfermedad fuese reconocida como hecho científico y problema de salud pública nacional.

El ambiente de optimismo producido durante la II Guerra Mundial en relación a los nuevos recursos técnicos para el combate de las dolencias infecciosas, como el DDT, trajo nueva visibilidad a la cuestión de esas enfermedades (y sobre todo, el combate a sus vectores), como pre-requisito para el desarrollo económico y social de los países. Este optimismo reforzaba, en Brasil, la perspectiva del Ministerio de Educación y Salud (MES), creado en 1930, de ampliar sus campañas contra las principales enfermedades endémicas y epidémicas del país y fue un importante impulso a los que buscaban establecer por primera vez en el país medidas de profilaxia contra el Mal de

Chagas. Además de que el proyecto de modernización del primer gobierno de Getulio Vargas (1930-1945) privilegiase el mundo urbano-industrial, el tema de la ocupación y el desarrollo del interior ganó nueva importancia, como condición para garantizar el abastecimiento de un mercado interno consumidor, capaz de sustentar el nuevo modelo económico. La centralidad conferida por el Estado en el tema del trabajo, como valor primordial para la construcción de una nueva nación (Gomes, 1988), respaldaba, política e ideológicamente, proyectos garantizaran la existencia de trabajadores sanos, fuertes y productivos, en las ciudades y en el campo. En Minas Gerais, particularmente, la preocupación de las élites por estagnación económica del estado las volvía sensibles a los programas destinados a aumentar la productividad del campo, limitando el éxodo rural y recuperando la tradicional vocación agrícola del estado, como acelerador del mercado interno nacional (Dulce, 1999).

Todos estos factores crearon una coyuntura favorable a la creación del Centro de Estudios y Profilaxia del Mal de Chagas (CEPMC), en 1943, puesto organizado por el IOC en la ciudad minera de Bambuí, cuya dirección le cupo a Emmanuel Días, discípulo de Carlos Chagas. Las investigaciones realizadas por científicos asociados a este puesto –que contaban con la estrecha colaboración de médicos del interior– condujeron, al final de la década de 1940, al reconocimiento del Mal de Chagas como una enfermedad esencialmente cardíaca y establecieron la metodología para el combate de las vinchucas con el insecticida BHC. En 1950, la patología se transformó en objeto de la primera campaña estatal de profilaxia (Kropf, 2005, 2006).

La construcción científica y social de la "enfermedad de Brasil" fue un largo proceso que articuló los espacios del mundo de la ciencia a otras dimensiones y actores de la vida social. Asociando las teorías europeas sobre gérmenes, vectores y dolencias a los "climas calientes" a las cuestiones y desafíos particulares de una nación que se pretendía moderna (y la ciencia que pretendía conducirla), el camino que partió de un nuevo parásito encontrado en la sangre de una niña del *sertão* para llegar a una endemia del continente americano, es un recurso que nos permite reflexionar sobre las intrincadas relaciones entre ciencia y sociedad, en contextos históricos particulares.

3. Dos países. El interior argentino y su representación médica

Acompañar el camino de la individualización del Mal de Chagas significa también seguir la construcción de las identidades y el imaginario sobre la salud de la población,

tanto en Brasil como Argentina. Ambos países eran, a principios del siglo XX, estados donde determinados grupos de poder, que otorgaban un lugar especial a los profesionales médicos, configuraban conjuntamente sus instituciones, su legislación y las formas que debía asumir la identidad de la sociedad civil (sobre estos aspectos, ver Armus, 2000).

En Argentina, las referencias a las patologías “inferiorizantes” del interior, asumieron paralelamente un rol subordinado dentro de las preocupaciones médicas. Para el grupo de profesionales, formados bajo el positivismo, era más importante solucionar la problemática urbana y social que suponían las masas de trabajadores, marginales, criminales y criminalizados de las grandes urbes del Litoral argentino. Los imaginarios de la élite médica e intelectual evaluaban de manera diferente el Litoral, que gracias al proceso de incorporación productiva al mercado externo había sufrido importantes transformaciones sociales, y muchas de las provincias del interior, ajenas a este proceso. Para estas visiones, el interior, en virtud de su supuesta pertenencia a una tradición indígena y colonial, 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 y otras patologías propias de la inmigración.

Desde las elaboraciones teóricas que intentaban distinguir el bocio del cretinismo y la idiocia, publicadas en la *Revista Médico-Quirúrgica* de Buenos Aires desde 1870 a los registros estadísticos censales del Primer y Segundo Nacional de la República Argentina (1869 y 1895 respectivamente), las voces de diversos especialistas –no sólo médicos-, aparecieron una y otra argumentando sobre la relación “científica” entre enfermedad y carácter racial de la población del interior argentino (ver Di Liscia, 2005).

El proceso de “descubrimiento” de las áreas más alejadas del desarrollo y la modernidad del Litoral se produjo hacia 1910, en coincidencia con la actividad concreta de funcionarios del más alto organismo sanitario nacional, el Departamento Nacional de Higiene y de otras instituciones estatales, como la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. Así, los médicos José Penna y Domingo Cabred, ambos titulares de esos organismos durante varios años consecutivos, enfatizaron la necesidad de incorporar al espacio de las políticas sanitarias las regiones más apartadas, tanto en el sentido geográfico como cultural⁶, aunque sin abandonar la tarea de medicalización pública sobre los sectores populares y medios del litoral urbano.

⁶ Sobre los instrumentos y las campañas puestas en práctica en el caso del Departamento Nacional de Higiene y las instituciones (hospitales, asilos y otros) gestados por la Comisión, ver Di Liscia, 2007a.

En las patologías descritas en los informes médicos oficiales, el bocio ocupaba un lugar preponderante, sobre todo en las observaciones relativas a las provincias del Norte y Cuyo argentino, donde la absorción de iodo era significativamente menor que en 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”⁷.

La detección de esta patología se relacionó, paradójicamente, con una escasa atención estatal. Una exhaustiva estadística de 1923 referida a las instituciones mentales argentinas, aunaba desaprobación por falta de previsión pública y alertaba sobre la peligrosidad real o potencial, concluyendo con un significativo aumento de la locura⁸ en el país. Entre los argumentos más importantes, el autor del artículo, Arturo Ameghino, mencionaba a “6.459 habitantes con coto o papera”, de los cuales unos 2.520 se consideraban “cotudos retardados e idiotas” (Ameghino, 1923: 184).

Este médico, defensor de teorías eugénicas más extremas, traía a colación la despreocupación de los censistas, que evitaron registrar la patología de bocio en 1914, suponiendo que “La República Argentina se encuentra en condiciones muy favorables (...) 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” (en *Tercer Censo Nacional*, citado en Ameghino, 1923: 184).

En el *Segundo Censo*, realizado en 1895, se la había señalado como una de las naciones con mejor salud; el número de enfermos era de 42.528, sobre un total de 4.044.911 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, aplicando un “minimalismo metodológico” que, como señalamos más arriba, fue muy criticado pocos años después por otros especialistas. Según Otero (2007, cap. III), los estadígrafos produjeron una licuación de aspectos socio-demográficos claves, sentando las bases de la explicación de las enfermedades en causas climáticas y biológicas.

⁷ La teoría sobre la relación entre el bocio endémico por carencia de absorción de iodo ya era conocida en el siglo XIX y se afirmó de manera concluyente en el XX, aunque en la bibliografía médica seguían apareciendo dudas respecto a la presencia de otros factores, por ejemplo, el hereditario. Como ejemplo de esta tendencia, ver Fürst, 1928-9: 702-709.

⁸ La definición de las patologías mentales incluía tanto aspectos de discapacidad mental como física e incluía enfermedades como la epilepsia, “vicios” como el alcoholismo, la prostitución, la homosexualidad y muchos más. Un listado de tales enfermedades, que demuestra esa amplitud, en Ameghino, 1923 y en Ingenieros, 1920.

Por un lado, la responsabilidad de las enfermedades dejaba de pertenecerle al Estado, para constituirse en aspectos propios de la geografía médica⁹. Por el otro, 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 poblar una tierra supuestamente libre de toda dolencia y con miles de posibilidades a descubrir. Este mensaje estaba en consonancia con el estímulo a la inmigración y sirvió a su afirmación de manera circular: más población blanca y europea significaba una disminución de las enfermedades degenerativas y consecuente suplantación de la población del interior, afectada por esas patologías deformantes, como el bocio.

La, digamos, 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*. Tanto José Ingenieros (1920) como Arturo Ameghino (1923) 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 control inmigratorio, que había llenado los hospicios locales de otros miles de extranjeros “anormales”¹⁰.

El desplazamiento de los “sujetos peligrosos” para la formación étnica mudó de una apelación meramente racial (blancos sanos y extranjeros vs 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 Bialeto Massé, expresaba que la “degeneración de la raza”

⁹ Sin embargo, Argentina estuvo en los países más avanzados respecto a la recolección de información vinculada con la salud e incapacidad, ya que este registro no era habitual en los censos de esa época (Otero, cap. III y cap. VIII, 2007).

¹⁰ Sobre esta noción, al igual que sobre la relación entre inmigración y degeneración, hay ya abundantes estudios. Una síntesis sobre esta historiografía en Di Liscia, 2007b.

indígena y criolla se debía a las raciones insuficientes y el trabajo agotador. Entre las patologías de las provincias y territorios del Norte argentino, recorrido durante el año 1904, Biolet Massé señalaba la terrible incidencia del paludismo, tifus y viruela (1986: 17, 78-79 entre varios ejemplos). El bocio es un gran ausente en estas descripciones lo cual llama poderosamente la atención, porque desde finales del siglo XIX se había hecho muy popular como argumentación central de la población menos favorecida por el progreso nacional. Podría deberse al énfasis puesto en las condiciones sociales como causales de la enfermedad y a una limitación a las explicaciones vinculadas a la herencia.

Sin embargo, hasta avanzados los años cuarenta, se insistió una y otra vez en la necesidad de solucionar la “endemia bocio cretinínica”, que atentaba sobre la calidad de la población. Una publicación vinculada a las tendencias eugénicas más extremas, los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, había abundado con artículos incendiarios, desde los años treinta y con un vocabulario mucho más enérgico: “En nuestro NO, la frenastesis y las disglandulares dan la sensación objetiva de que nuestra raza degrada, termina: los cretinos, entes psicosomáticos 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” (*Anales de Biotipología*, 1934¹¹). Esta versión remitía a la obra de José Penna sobre 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” (Bernaldo de Quirós, 1943: 267). Carlos Bernaldo de Quirós, reconocido miembro de instituciones eugénicas, citaba a Bernardo Houssay, fisiólogo y luego Premio Nobel, para legitimar una postura que, en

¹¹ Hacia 1930, una revista especializada en temas sociales y científicos se aseveraba que la "involución étnica" de los indígenas del Norte argentino se debía entre otras razones al bocio (Aguirre, 1932: 176).

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 hasta el 90 % de los niños en edad escolar (Bernaldo de Quirós, 1943: 267). 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

El papel del Mal de Chagas en este escenario es marcadamente diferente: en primer lugar, la polémica entre los grupos de investigadores de Brasil y Argentina, a partir de la presentación de Kraus, Maggio y Rosenbusch en 1915 (publicada nuevamente en 1916, en las *Memorias del Instituto de Bacteriología*) podía aparecer como una continuación en la representación del bocio como patología inferiorizante, creadora de “monstruos” y seres animalizados. Las fotografías que incorpora el artículo impactan mucho más que las descripciones, e impresionan al lector tanto como las tomadas por distintas campañas médicas en Brasil, cuya relevancia en la aparición del “interior” han desarrollado especialmente Lima & Hochman (1996, 2004). En las fotos, tomadas por el Dr. De Gregoris en el Hospital Milagro, en la norteña provincia de Salta, se presentan a mujeres, varones, niños y adultos, tanto de manera individual como en grupos, vestidos muy pobremente y descalzos.

En segundo lugar, los autores ponían en duda la relación bocio-Mal de Chagas, pero no el bocio-cretinismo, supuestamente comprobado. Al respecto, señalaban que se habían localizado vinchucas (el insecto vector del *T. Cruzi*) infectadas en provincias del Noroeste, Nordeste y centro del país, específicamente, en Tucumán, Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca, Córdoba, Santa Fé y aún en el Litoral, en Buenos Aires. Pero no había diagnóstico de Mal de Chagas en esos sitios; es decir, personas con infección. Asimismo, se habían investigado trece casos de bocio e idiocia, supuestamente, enfermos chagásicos crónicos, pero en ellos no había evidencia del *T. Cruzi*.

El problema era, según Kraus y sus colaboradores (1915, 1916), que en Brasil se había investigado a la búsqueda de infectados en sitios donde el bocio era endémico, es decir, en Minas Gerais y otras regiones montañosas. En Argentina, aparecían las dos patologías de manera separada e incluso, se dejaba entrever que el Mal de Chagas no parecía acceder a tal nivel, dado que, hasta entonces, no se habían detectado infecciones en seres humanos. Proponía avanzar con un examen de la geografía médica argentina, destacando que aparecían vinchucas infectadas en zonas llanas de La Pampa, Córdoba y

Buenos Aires, donde no era posible encontrar bociosos en tan altísima proporción como en el Norte.

Las investigaciones de Kraus y colaboradores confrontaban enunciados centrales de edificio científico montado por Carlos Chagas, pero sin llegar a negar completamente la existencia de la parasitosis e hicieron tambalear también, consecuentemente, otras afirmaciones respecto a la patología “nacional” del interior, como se remarcó con anterioridad.

En Argentina, el Mal de Chagas, una vez desvinculado del bocio, se relacionó con rapidez con las graves carencias de la población más pobre del interior. Ya en campañas contra el tifus exantemático, diversos funcionarios del Departamento Nacional de Higiene habían remarcado la escasez material y extrema marginalidad de los habitantes del Territorio Nacional de los Andes, la región más despoblada del país y quizás también la más atrasada económicamente. Por ejemplo, los trescientos habitantes de la localidad de Los Molinos, descendientes de indígenas, vivían en “chozas primitivas de barro y rama, sin servicio higiénico público ni privado (...) hay promiscuidad y hacinamiento, indigencia y desconocimiento de los preceptos higiénicos” (Battaglia y Belarmino, 1919). Para el tratamiento de los infectados, los médicos dejaban constancia horrorizada que debieron atender al aire libre, en el patio de los ranchos, ya que carecían de cualquier atisbo de institución hospitalaria. Por supuesto, también se remarcaba la existencia de abundantes cretinos y bociosos.

Desde la primera década del siglo XX, los distintos directores del máximo organismo sanitario argentino, incorporaron al interior en sus políticas públicas. En 1923, el entonces director Gregorio Araoz Alfaro expresaba la necesidad de una “ofensiva” higiénica, sobre todo, apuntando a la morbi-mortalidad infantil y a patologías crónicas, como la tuberculosis, sífilis, tracoma y paludismo (Araoz Alfaro, 1924: 4-5). Ya en el Congreso Médico de 1916, Araoz Alfaro, un ferviente defensor de la intervención médico-social, había señalado enfáticamente la necesidad de estudiar las patologías peculiares de Argentina (en Kropf, 2007b).

El autor forma parte de un conjunto destacable que asumía la necesidad de una transformación que implicara a su vez “inversión económica y mejora social” en la población. A diferencia de aquellos facultativos que citamos con anterioridad, vinculados a tendencias eugénicas excluyentes, Araoz Alfaro destacaba las causas sociales en relación con las patologías del interior, y dentro de ellas, adquiriría entidad el Mal de Chagas.

Esta enfermedad fue detectada por primera vez en Argentina por P. Mühlens en 1924, aunque ya investigaciones anteriores suponían su existencia (Araoz Alfaro, 1924: 5). Sin embargo, el examen hematológico de Mühlens a alumnos de escuela, 43 indígenas “de la choza”, en Chaco, 10 indios tobas y 46 indígenas del Paraguay dio como resultado un número muy alto de casos de lepra y de leishmaniosis y casos negativos de Chagas (Mühlens, 1924a); con posterioridad, el mismo investigador constató dos casos en las provincias de Tucumán y Jujuy (Mühlens, 1924b).

En 1929, las investigaciones de Salvador Mazza en la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (M.E.P.R.A.) en la provincia de Jujuy, en el NO de Argentina, abarcaron una obra de exploración sanitaria de la tripanosomiasis sobre vectores, animales domésticos y silvestres, casos de enfermedad en seres humanos, patología experimental, métodos diagnósticos y ensayos terapéuticos de gran impacto.

De acuerdo a Kropf (2007b), la iniciativa de Mazza estaba en consonancia con este movimiento de preocupación con el estudio de las patologías del interior. Si, en Brasil, el estudio de las *endemias rurales* expresaba la traducción local de la medicina tropical europea, bajo las condiciones y sentidos específicos del contexto y de la ciencia nacional (Kropf, 2006), lo mismo puede pensarse en relación con la idea de *patología regional*, eje del proyecto de Mazza, en que el estudio de las enfermedades *específicas* del país asumía una dimensión directamente asociada a una determinada percepción de la identidad nacional.¹² En los dos países, tal directriz se expresó en un movimiento de ida hacia el interior, representado como corazón de la nación, en contrapunto a un mundo urbano/litoral mimetizado a Europa.¹³ En ambos casos, el mal de Chagas asumió protagonismo al expresar el sentido político-simbólico de una ciencia comprometida con un cierto recorte/mirada sobre la nación.

En la época de la creación de la MEPRA, aunque ya se habían registrado algunos casos de tripanosomiasis americana en Argentina, todavía había incertidumbre sobre la existencia de la enfermedad en el país. Dirimir tales dudas era justamente uno de los propósitos de Mazza que, en 1926, diagnosticó otro caso más de la enfermedad. En el inicio de los años '30, los estudios clínicos y epidemiológicos sobre el mal de Chagas se

¹² Como apuntaba Mazza, el término “patología regional” vino a sustituir la designación de enfermedades “tropicales, exóticas o coloniales”, indicando un contrapunto a terminologías referidas a la óptica de la medicina europea (Mazza, 1935, 30).

¹³ Sobre la dualidad interior/litoral en los estudios médicos en Brasil y Argentina ver, respectivamente, Lima (1999) y Di Liscia (2005).

intensificaron en varias regiones de Argentina y nuevos casos fueron detectados por la M.E.P.R.A. (Sierra-Iglesias, 1990).

En 1934, el mismo año del fallecimiento de Carlos Chagas, Salvador Mazza comunicó el hallazgo de varios casos en el Chaco argentino, justo en la misma región en donde se había negado su existencia (Mazza 1934, 1949 en Storino, 2006). En 1938, se realizó en Buenos Aires el VI Congreso Nacional de Medicina, donde Mazza presidió la sección de Enfermedades Regionales (Barrios Medina, 2000: 507), cuyos antecedentes fueron las reuniones científicas realizadas entre 1926 y 1927 y organizadas por la Sociedad Argentina de Patología del Norte (en Jujuy, Salta y Tucumán). Hasta 1946, Mazza registró 1.400 casos de enfermedad de Chagas.

En 1935, se realizó en la ciudad de Mendoza la XIX Reunión de la Sociedad de Patología Regional Argentina, en homenaje a Carlos Chagas, fallecido el año anterior.¹⁴ El encuentro tenía como objetivo divulgar, con especial énfasis, los progresos en el estudio del mal de Chagas producidos por la MEPRA.¹⁵ En la solemnidad de inauguración, con la presencia del gobernador, ministros y autoridades diversas, el Presidente de la Sociedad Médica de Mendoza dio la bienvenida en nombre de los médicos de la región, orgullosos de ser los anfitriones de este tipo de evento normalmente realizado en los grandes centros académicos.

Sin embargo, es posible imaginar una cierta dosis de malestar entre los seguidores de Carlos Chagas – entre los cuales estaban Evandro Chagas y Emmanuel Dias, miembros de la delegación brasileña e invitados especiales del encuentro – cuando, entre los elogios a Chagas, el orador declaró: “[...] con verdadera clarividencia, descubrió que lo que hasta entonces se titulaba bocio endémico, denominación que obedecía a uno de los síntomas que suelen presentar los que padecen de esa afección, era una enfermedad infecto contagiosa” (Gainza, 1935, 25).

El médico de Mendoza utilizaba para caracterizar el “gran hecho” del científico brasileño su enunciado más frágil, centro de las controversias que habían surgido

¹⁴ Por considerar que “el norte del país no monopoliza el padecimiento de ciertos flagelos que se les consideraban propios”, Mazza declaró, en esa ocasión, la ampliación del alcance de la Sociedad (Mazza, 1935, 30).

¹⁵ 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, 1935, 31). Ver *Revista del Circulo Medico de Mendoza*, v. 2, n. 19, octubre de 1935. En entrevista a un periódico de la capital brasileña, Mazza resaltó la importancia del M.E.P.R.A. para comprobar la extensión y la relevancia social de la tripanosomiasis americana en el continente. “Elogio de Carlos Chagas e o professor argentino Salvador Mazza”, *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 20 de octubre de 1935.

justamente en Argentina. Podríamos ver en este episodio apenas un ejemplo de un comprensible desconocimiento, por parte de los médicos de remotas zonas rurales, acerca de los debates e investigaciones realizados en los grandes centros. Sin embargo, la percepción del médico ponía en evidencia la encrucijada en la que se encontraba la investigación sobre la enfermedad en aquel momento. En aquella época, aunque ya se reconocía que la tripanosomiasis americana y el bocio endémico eran entidades nosológicas distintas, para buena parte de los clínicos que habían oído hablar del mal de Chagas, su expresión clínica más concreta aún era el “coto”. Frente al colega de Mendoza, Mazza debe haber confirmado el sentido de la misión que se había atribuido: llevar a aquellos médicos del interior, que lidiaban diariamente con las enfermedades regionales, los “verdaderos” conocimientos sobre tales problemas de modo que pudiesen auxiliar en las investigaciones sobre los mismos.

En su discurso de esa ocasión, Mazza enfatizó que el elemento indispensable para el trabajo de los investigadores de la M.E.P.R.A. era “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 apariencias de vulgares padecimientos que simulan entidades morbosas comunes” (Mazza, 1935, 31, destacado nuestro).

En el caso de la tripanosomiasis, el desafío era de qué manera diseminar, entre estos médicos, los “elementos de juicio” para garantizar el diagnóstico clínico de una entidad cuya sintomatología aún estaba cercada de dudas. Fue, justamente, como respuesta a este desafío que la reunión de Mendoza se volvería un marco en la historia del mal de Chagas, expresando ya los resultados de la propalada asociación con los médicos del interior. Allí se anunció la descripción, por parte de Cecilio Romaña (1935), de un nuevo signo clínico, de fácil e inmediata identificación, indicativo de la fase aguda de la infección chagásica. El joven clínico de Resistencia era uno de los más próximos colaboradores de Mazza, que lo había enviado al IOC para realizar estudios con el propio Chagas.

Pero el Mal de Chagas (o Mal de Chagas-Mazza, como se anexó a su denominación con posterioridad) no alcanzó, durante este período, el status de “enfermedad nacional”. Examinemos más atentamente esta cuestión. En primer lugar, depende tal situación de una enunciación institucional concreta, realizada por organismo/intelectuales interesados en incorporar la problemática de una enfermedad a la construcción nacional.

Dicha construcción implicaría una *mise en scène* institucional, que nutra de objetivos e instrumentos a la dicha elaboración, y la ponga además en circulación en relación con otros mensajes del mismo tenor ideológico, o bien, en conflicto con ella, pero que incorpore el debate a una agenda con una repercusión más amplia.

De acuerdo a Caponi, los objetivos del Instituto de Bacteriología fueron justamente un estudio de las patologías específicas de Argentina, en contraposición a la tendencia de priorizar aquéllas estudiadas en Europa y redescubiertas en el país. Asimismo, las patologías del “interior” no fueron parte preponderante de las investigaciones en el país, aún con la actuación del M.E.P.R.A. Esta es una diferencia de lo sucedido en Brasil, donde sucesivos viajes de médicos y otros especialistas implicaron, en la década de 1910, una atención preponderante de las condiciones higiénicas en las grandes mayorías excluidas del *sertao* (Caponi, 2002: 133).

Tal diferencia está vinculada con el surgimiento y consolidación de una “medicina tropical”, ausente en Argentina a raíz de la afirmación de su pertenencia entre países de clima templado. Dicho imaginario se sostiene relativamente en la realidad, habida cuenta que gran parte del Norte coincide con franjas climáticas subtropicales y tropicales, pero fue una argumentación utilizada desde finales del siglo XIX como atractivo para la inmigración en contraste con otros países, supuestamente, con una malsana geografía que complicaba la instalación de extranjeros.

Si volvemos a la incidencia demográfica de la inmigración, entonces, asume una nueva connotación respecto a la construcción patológica nacional: justamente, hay una carencia de enfermedades típicas del territorio argentino, lo que hizo a su suelo más acorde a la instalación de europeos. 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. Su examen y terapia eran parte de las redes científico-médicas internacionales, es decir, era una enfermedad estudiada fuera del ámbito americano y redescubierta a partir de la aplicación de una hipótesis a otros casos particulares.

En principio, la población migrante que llegaba al territorio argentino no presentaba bocio cretínico; por lo tanto, se incorporaba (de acuerdo al discurso médico), como como habitante “sano” en las llanuras y las ciudades del litoral. Pero en éstas mismas se detectaba el estigma de la locura, externa a la argentinidad y por esa razón pasible, de su

expulsión. De allí, las nociones de limitación del ingreso de aquéllos que la portan, en tanto pueden contaminar la pureza racial. La mayoría de los inmigrantes abarrotaban los hospicios y asilos del litoral, especialmente Buenos Aire.

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 enmarcaba a una enfermedad estrictamente nacional, toda vez que podían encontrarse en similares geografías 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 patologías sobre las cuales se alertaba públicamente sobre su peligrosidad presente y futura.

Así, la tuberculosis y la sífilis se distribuyeron casi de manera absoluta la agenda del Departamento Nacional de Higiene en las áreas más pobladas del Litoral, a las que se unieron el paludismo y la lepra, con más casos en el interior y en las áreas rurales. No se trataba, sin embargo, de patologías 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 nacional¹⁶.

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 "opas", los cuales eran una "carga para el Estado"¹⁷. Por otra parte, en el Atlas que compilaba los avances de Argentina durante el gobierno de Juan Domingo Perón, se publicó en los años '50 un afiche en el que 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 (Argentina, 1940: 49). 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. Reflexiones finales

¹⁶ Sobre las características de estas últimas, ver Armus, 2000, Guy, 1994, Nari, 2004; una síntesis en Di Liscia, 2007b y 2007c..

¹⁷ *Congreso*, 1947, pp. 663-664.

La construcción del proceso de determinación científica de una dolencia, en este caso, el Mal de Chagas, no se corresponde solamente con el desarrollo experimental, ya que abarca aspectos más complejos que incluyen a toda una sociedad. Esta representación puede ser parte integrante de su definición nacional o bien, dejarse de lado, pero en ambos casos, está incluida en un juego social mucho más amplio, en el que participan la comunidad de científicos y muchos otros actores, afines o críticos a las propuestas de los primeros.

La singularidad del Mal de Chagas es su temprana vinculación al bocio –con la correspondiente extensión de la degeneración. Pero, cuándo una dolencia asume la centralidad del debate sobre la nación? En los casos analizados, la situación de Brasil y Argentina desde 1910 a 1940, se trata de dos caminos que si bien pueden entrecruzarse –puesto que las argumentaciones que los sustentan son similares-, están a su vez atravesando de diferente manera los debates sobre la nación a construir.

En el caso de Brasil, a pesar de las enfermedades como la lepra, la sífilis y la tuberculosis fueron temas de gran importancia durante el período, prevaleció la idea de que los flagelos sanitarios del país son los que vienen de su interior. La afirmación de la relevancia social de las endemias rurales –como la malaria, la anquilostomiasis y el Mal de Chagas-, estuvo asociada con el proceso de institucionalización de la medicina tropical en el país y a los sentidos políticos/económicos que este campo del saber médico asumió en el proceso de modernización brasileña. El proyecto de integración territorial (promovido por grandes obras como la construcción de ferrocarriles), las perspectivas de poblamiento y la modernización de la economía agrario-exportadora crearon condiciones favorables para impulsar y legitimar el estudio médico-científico de las llamadas “enfermedades tropicales”, como temas de importancia económica y social. En la clase original de la carrera de medicina tropical en la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, creada en 1925 y de la cual Chagas fue el primer titular, se alentó esa noción: la medicina tropical, creada en Europa a partir de intereses imperialistas, era fundamental en Brasil no solamente por sus aportes respecto al estudio de las dolencias cuyos vectores y patógenos se encontraban en el territorio brasileño, sino porque tales enfermedades –las endemias del interior- eran problemas importantes para el país (Chagas, 1935).

En el caso de Argentina, la percepción durante este período fue que las enfermedades socialmente más relevantes provienen del exterior en dos sentidos. Por un lado, por la propia definición de las patologías, vistas como "cosmopolitas", es decir,

parte de un repertorio internacional de enfermedades, estudiadas en referencia al modelo pasteuriano, sin ninguna relación con las condiciones geográficas peculiares del territorio argentino. Por otro lado, la concepción de que la población mayoritariamente doliente era inmigrante. A contramano de anteriores y positivas interpretaciones sobre su lugar en el progreso argentino, la población inmigrante asumió en el Centenario de 1910, un rol diferente, como vehículo de los "venenos" de la modernidad. Las patologías que traía se volvieron así el foco de atención de médicos e autoridades sanitarias.

El bocio, patología por ese entonces probadamente del interior, y el Mal de Chagas, estudiado a partir de los años treinta en el M. E. P. R. A, no tuvieron, mayor impacto en una sociedad que requería de los cuerpos de 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. Aún el interés por el estudio de las patologías regionales que impulsó el M.E.P.R.A. no hizo que las patologías regionales adquiriesen, en el período analizado, mayor relevancia nacional, en relación con los problemas centrales de las políticas sanitarias¹⁸.

Interesa destacar que los diferentes énfasis y opciones de determinación por los cuales las patologías fueron consideradas de mayor importancia para Brasil y Argentina en las primeras décadas del siglo XX, revelan las especificidades de un proceso que guarda un importante sentido común. Localizadas en el interior de un país en que los trópicos equivalían a los "sertoes", o traídas por extranjeros a un país que no se visualizaba a sí mismo como tropical, las enfermedades que movilizaron, durante el período analizado, la atención de los dos países más importantes de América Latina, expresaban la estrecha relación entre saber médico, representación científica y social de las enfermedades y, además, las perspectivas por las cuales ambos países buscaban superar el atraso, para sentarse en la mesa de las naciones modernas.

5. Bibliografía

Armus, Diego, "El descubrimiento de la enfermedad como problema social", M. Z. Lobato, dir., *Nueva Historia Argentina*, T. V: *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000, pp. 507-551.

¹⁸ Un recorrido por la temática de los *Anales y el Boletín del Departamento Nacional de Higiene* en estas décadas también avalaría esta cuestión.

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, pp. 1-19.

Barrios Medina, Ariel, "Ciencias biomédicas", en: *Academia Nacional de la Historia. Nueva Historia de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Planeta, 2000, pp: 501-533.

Belmartino, Susana, "Servicios de salud y sistema político. Los casos de Argentina, Brasil y Chile", en: D. Armus, comp., *Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005, pp. 101-144.

Benchimol, Jaime (coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/Bio-Manguinhos, 2001.

Benchimol, Jaime; Sá, Magali, R.. "Insetos, humanos e doenças: Adolpho Lutz e a medicina tropical", en: JL Benchimol; MR Sá (eds.). *Febre amarela, malária e protozoologia*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005, pp. 43-244.

Benchimol JL, Sá MR *Adolpho Lutz e a entomologia médica no Brasil (apresentação histórica)*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

Caponi, Sandra, "Trópico, microbios y vectores", en: *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, vol. 9, suplemento, 2002, pp. 111- 138.

Di Liscia, María Silvia, "Relaciones peligrosas: sobre bocio, cretinismo e inferioridad (argentina, 1870-1920)", en: C. Agostoni y E. Speckman, editoras, *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, UNAM, 2005, pp. 21-54.

Di Liscia, María Silvia, "Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del XIX y principios del XX)", en: *Entrepasados, Revista de Historia*, en prensa, 2007a.

Di Liscia, María Silvia, "Reflexiones sobre la 'nueva historia social' de la salud y la enfermedad en Argentina", en: Adrián Carbonetti y Ricardo González Leandri, ed., *Historia de la salud y la enfermedad*, Córdoba, UNC, en prensa, 2007b.

Di Liscia, María Silvia, "Los bordes y límites de la eugenesia donde caen las "razas superiores" (Argentina, primera mitad siglo XX)", en: Marisa Miranda y Gustavo Vallejo, ed. *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*", Siglo XXI, Buenos Aires, en prensa, 2007c.

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

Hochman, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de Saúde Pública no Brasil*, São Paulo, Hucitec/ANPOCS, 1998.

Hochman, Gilberto, "Salud pública, endemias rurales y la construcción de la nacionalidad (Brasil, 1910-1920)", en: C. Agostoni y E. Speckman, editoras, *De normas*

y transgresiones. *Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, UNAM, 2005, pp. 135-166.

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

Lima, Nísia T.; Hochman, G. “‘Pouca saúde e muita saúva’: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais”, en: Hochman, Gilberto; Armus, Diego (orgs.) *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004, pp. 493-525.

Lima, Nísia T.; Hochman, G. “Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República”, en: Maio, Marcos Chor; Santos, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz/Centro Cultural Centro do Brasil, 1996, pp. 23-40.

Nari, Marcela, *Políticas de maternidad y maternalismo político*, Buenos Aires, Biblos, 2004.

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”, en: *II Taller De Historia Social De La Salud Y La Enfermedad En La Argentina*, Córdoba. Centro de Estudios Avanzados. 9 y 10 de Agosto de 2006.

Caponi, Sandra, Caponi, Sandra, “Trópicos, microbios y vectores”, *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, vol. 9, 2002, pp. 111-138.

Gomes, Ângela Maria de Castro. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro/São Paulo, IUPERJ/Vertice, 1988.

Kropf, Simone P., “Ciência, saúde e desenvolvimento: a doença de Chagas no Brasil (1943-1962)”, *Tempo*, Universidade Federal Fluminense, Departamento de História- vol. 10, n.º 19, jul. 2005- Rio de Janeiro: 7 Letras/ EdUFF.

Kropf, Simone P. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Tesis doctoral, Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, Niterói, 2 vols., 2006.

Kropf, Simone P; Hochman, G, Chagas, Carlos Ribeiro Justiniano. WF Bynum, Bynum H (eds). *Dictionary of Medical Biography*. Greenwood Press, Westport, Connecticut/London, 2007a, pp. 320-325.

Kropf, Simone. "En busca de la enfermedad del Brasil: los médicos del interior y los estudios sobre el mal de Chagas (1935-1956)", en: *II Taller de Salud y Enfermedad*, Córdoba, CEA-Conicet, 9-11 de agosto, 2007b.

Fausto, Boris y Fernando Devoto, *Brasil e Argentina. Um ensaio de história comparada (1850-2002)*, Sao Paulo, Editora 34, 2005.

Love, Joseph, "Federalismo y regionalismo en Brasil, 1889-1937", en: M. Carmagnani, coord., *Federalismos latinoamericanos: México, Brasil, Argentina*, México, FCE, pp. 180-223, 1996.

Marques, Rita de Cássia; Mitre, Sérgio Munir. “Bócio endêmico em Minas Gerais: a pesquisa biomédica na terra dos ‘papudos’”, in: Nascimento, D. R.; Carvalho, D. M. (orgs). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília, Paralelo 15, 2004, pp. 182-93.

Oliveira, Lucia Lippi. *A questão nacional na Primeira República*, São Paulo, Brasiliense, 1990.

Otero, Hernán, *Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna*, Buenos Aires, Prometeo, 2007.

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

Rosenberg. *Oxford Advanced Learner’s Dictionary*. Oxford, Oxford University Press, 1991.

Silva, Luiz Jacinto da. *A evolução da doença de Chagas no estado de São Paulo*. São Paulo, Hucitec, 1999.

Stepan, Nancy. “Appearances and Disappearances”, in: Stepan, Nancy. *Picturing Tropical Nature*. Ithaca, Cornell University Press, 2001, pp. 180-207.

6. Fuentes

Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, Buenos Aires, serie: 1933-1941.

Anales del Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires, Serie: 1900-1940.

Ameghino, Arturo, “Datos para la profilaxis mental de la República Argentina”, en *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, 1923, p. 170-214.

Aragão, Henrique de B. “Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Discurso pronunciado pelo Dr. Henrique Aragão, chefe de serviço do Instituto Oswaldo Cruz, por ocasião de tomar posse como sócio efetivo da mesma sociedade científica”, *Jornal do Commercio*, 24 de julho de 1919, pp.8-9.

Araoz Alfaro, Gregorio, et al, “Consideraciones sobre la organización de los servicios sanitarios del país”, en: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Vol. XXX, nº 1, 1924.

Argentina. La Nación Argentina. Justa, libre y soberana, Buenos Aires, Presidencia de la Nación-Peuser, 1950.

Bialet Massé, José, *Informe sobre el Estado de la clase obrera*, Buenos Aires, Hyspamérica, 1986, T. I.

Battaglia, Manuel y Barbará Belarmino, “Tifus exantemático. Contribución al estudio de la epidemiología en Argentina”, en: *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1919, vol. XXV, pp. 3-46.

Bernaldo de Quirós, Carlos, “La realidad de la población argentina”, en: *Boletín del Museo Social Argentino*, Año XXX, 1943, pp. 261-271.

Boletim da Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, 1922.

Chagas, Carlos, “Sobre a etiologia do bócio endêmico no estado de Minas Gerais: Nota preliminar”, *Brasil Médico*, n.17, 1910a, maio, p. 163.

Chagas, Carlos, “Nova entidade mórbida do homem”, *Brasil Médico*, v.24, n.43, 44, 45, nov., 1910 b, pp.423-428, 433-437, 443-447.

Chagas, Carlos, “Moléstia de Carlos Chagas ou tireoidite parasitária: Nova doença humana transmitida pelo barbeiro (*Conorhinus megistus*)”. *Revista Médica de S. Paulo*, v.14, n.18, 1911^a, pp.337-356.

Chagas, Carlos, “Moléstia de Carlos Chagas: Conferência realizada em 7 de agosto na Academia Nacional de Medicina”, *Brasil Médico*, v.25, ns. 34, 35, 36, 37, 1911b, pp.340-343, pp.353-355, pp.361-364, pp.373-375.

Chagas, Carlos, “Discurso inaugural”. *Annaes do VII Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia (21 a 27 de abril de 1912)*. Belo Horizonte, Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1912a, volume 1, Sessões Gerais, pp.25-35.

Chagas, Carlos, “O mal de Chagas: Conferência realizada em São Paulo pelo dr. Carlos Chagas, a convite da Sociedade de Medicina e Cirurgia, sobre a tripanossomíase brasileira, e de sua descoberta”, *Arquivo da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, São Paulo, v.3, n.9/10, 1912b, p.34-66.

Chagas, Carlos, “Aspectos clínicos y anatomopatológicos de la tripanosomiasis americana”, *La Prensa Médica Argentina*, v.3, n.13, 14, 15, p.125-127, p.137-138, 1916a, p.153-158.

Chagas, Carlos, “Processos patogênicos da tripanossomíase americana”, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.8, n.2, 1916 b, pp.5-35.

Chagas, Carlos. “Aula inaugural da Cadeira de Medicina Tropical – 14 de setembro de 1926”, in Chagas, Carlos. *Discursos e conferências*. Rio de Janeiro, A Noite, 1935, pp.137-166.

Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, “Período extraordinario: 30-1-1947 a 20-3-1947”, Buenos Aires, Imprenta del Congreso de la Nación, t. X, 1948.

Fürts, T., “Nuevas teorías acerca de la etiología del bocio”, en *Revista Médico Germano Iberoamericana*, 1928-9, p. 702-709.

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

Jornal do Comércio, Rio de Janeiro, 22 de outubro de 1916, 23 de agosto de 1919.

Kraus, Rodolfo, C. Maggio y F. Rosenbusch, “Bocio, cretinismo y enfermedad de Chagas. Primera Comunicación”, en: *Instituto Bacteriológico, Departamento Nacional*

de Higiene Memoria Informativa, Buenos Aires, Talleres Gráficos de Weiss y Preusche, 1916.

Kraus, Rodolfo, C. Maggio y F. Rosenbusch, “Bocio, cretinismo y enfermedad de Chagas. Primer Comunicado, en: *Prensa Médica Argentina*, , Buenos Aires, junio 1915.

Lobato, Monteiro. *Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital*. São Paulo, Brasiliense, 1957, 7ª. Edição [1918].

Mülhens, P., “Informe preliminar sobre estudios realizados en los Territorios del Chaco, Formosa y en el Paraguay”, *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Vol. XXX, nº 1, 1924a.

Mülhens, P. “Sobre algunos progresos de la medicina e higiene tropical y de la guerra”, *Revista Médica de Hamburgo*, octubre 1924b, año V, n. 10, pp. 301-309.

Neiva, ARthur; Penna, Belisário. “Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás”, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 8, n. 3, 1916, pp.74-224.

Penna, Belisário. *Saneamento do Brasil*, Rio de Janeiro, Tip. Revista dos Tribunais, 1918.

Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, Buenos Aires, 1927-1928.

Vasconcellos, Henrique Figueiredo de. “Moléstia de Cruz e Chagas. A conferência do Dr. Figueiredo de Vasconcellos”, en: *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 21 de agosto de 1919.

Vasconcellos, Henrique Figueiredo de. “Moléstia de Cruz e Chagas. Conferência do Dr. Figueiredo de Vasconcellos na Sociedade de Medicina e Cirurgia”, en: *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 23 de agosto de 1919.

Yorke, Warrington. “Chagas’ disease. A critical review”, en: *Tropical Diseases Bulletin*, v. 34, n. 4, march 1937, pp. 275-300.