



Maria Silvia Di Liscia

“Relaciones peligrosas: sobre bocio, cretinismo e inferioridad (Argentina, 1870-1920)”

p. 19-54

De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina 1850-1950

Claudia Agostoni y Elisa Speckman Guerra (edición)

México

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Históricas

2005

390 p.

Figuras, cuadros

(Serie Historia Moderna y Contemporánea 43)

ISBN 970-32-2461-X

Formato: PDF

Publicado en línea: 27 de junio de 2019

Disponible en:

http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/450/normas_transgresiones.html

D. R. © 2019, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, se requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México



PRIMERA SECCIÓN
DISCURSOS Y PRÁCTICAS MÉDICAS





RELACIONES PELIGROSAS: SOBRE BOCIO, CRETINISMO E INFERIORIDAD (ARGENTINA, 1870-1920)¹

MARÍA SILVIA DI LISCIA
Universidad Nacional de La Pampa, Argentina

INTRODUCCIÓN

“Un padre de condición bociosa procrea en mujer de origen cretino, aunque lejano, o viceversa, una prole con caracteres profundamente cretinos, lo cual evidentemente muestra, no la identidad del vicio bocioso con el vicio cretínico, sino solamente la concomitancia de dos estados que suelen combinarse sin fundirse uno en otro sino aparentemente.” Las palabras del médico Abraham Lemos no eran sin embargo compartidas por otros colegas, como el que afirmaba, en la porteña *Revista Médico-Quirúrgica (RMQ)*, “el bocio, el cretinismo y la sordo-mudez como distintos grados de una misma entidad mórbida”,² que se presentaban con mayor frecuencia en el interior argentino. Enfermedad por carencia y discapacidad mental se fundían naturalmente, evidenciando además en la localización de los casos médicos diferencias de género y prejuicios raciales y sociales.

Esta confusión nosológica implicaba la identificación de una dolencia que en determinadas regiones se producía por escasez de yoduros en el agua, con discapacidades psíquicas de carácter congénito que podían darse en algunos casos como consecuencia del mal funcionamiento metabólico. El objetivo de este artículo es entonces el estudio de las elaboraciones médicas acerca del bocio en relación a lo que se denomina científicamente en el siglo XIX y principios del XX como “cretinismo” y a la vez observar las conexiones con la “idio-

¹ Este artículo es un aporte al proyecto de investigación “Género y discurso médico-psiquiátrico”, presentado en la Facultad de Ciencias Humanas (Universidad Nacional de la Pampa, 2001). Agradezco la lectura y comentarios de Hernán Otero (Universidad Nacional del Centro de Buenos Aires, Tandil), de Rafael Huertas García-Alejo (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid), de Claudia Agostoni y Elisa Speckman y de los revisores anónimos.

² Lemos, “El bocio en la provincia de Mendoza”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 328, y Lemos, “El bocio en la República Argentina”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 73.

cia” o discapacidad mental, otra entidad mórbida de difícil conceptualización para la medicina positivista, para lo cual se analizan sobre todo la bibliografía médica y los censos nacionales.

Al respecto, el texto se divide en tres partes: una primera parte en la que se describen los factores ambientales en la generación del bocio, considerando asimismo las teorías miasmáticas e higiénicas. Una segunda parte en la que se desarrollan las referencias al bocio en relación con una herencia degenerada y, por último, un tercer apartado en el que se analizan críticamente las estadísticas acerca del bocio en relación con la construcción de categorías sobre salud y enfermedad.

De acuerdo a las definiciones actuales, se denomina bocio al aumento de tamaño de la glándula tiroides que produce una tumefacción en la parte frontal del cuello. Se distinguen al menos veintiocho causas diferentes del bocio, entre las cuales se encuentra el “bocio endémico”, producido en general en regiones donde existe una dieta baja en contenido de yodo.³ Por otra parte, el hipotiroidismo durante la vida fetal da lugar al cretinismo, que es un grave retraso mental. Por extensión, las primeras observaciones médicas consideraban “cretinismo bocioso” a todas las formas de deficiencia mental.

Ya en la década de los años cincuenta del siglo diecinueve se había observado una vinculación directa entre “vicio bocioso” y cretinismo en relación a las regiones en que se producía, a raíz de los primeros estudios sobre geografía médica a los que posteriormente se agregó la estadística, sobre todo a partir de los censos nacionales (1869, 1895, 1914). Los censos, con su carácter oficial y su impronta medicionista, reflejan asimismo la compleja construcción de la enfermedad y la salud, obviamente a partir de concepciones técnicas y estadísticas de la época, las cuales se discuten en este trabajo considerando esas interpretaciones. Estas fuentes de información, que ponían el acento sobre la preocupante situación en las provincias del Norte y de Cuyo, llevaron a complejas teorías enraizadas tanto en el ambiente, explicación que predomina entre los profesionales del siglo XIX, como en la herencia, base de teorías científicas de mayor consenso a principios del siglo veinte.

La segunda mitad del siglo diecinueve fue un periodo fundamental para Argentina en varios planos: social, político, económico y cultural; en este momento, se produce asimismo una modificación notable de la ideología médica con el auge del higienismo paralelamente al ámbito internacional y la organización de la profesión mé-

³ *Diccionario*, 1985, t. 1, p. 208-209.

dica, que se manifestó en una inclusión cada vez mayor de los médicos en las decisiones sobre el futuro de la población argentina. Esa modificación se produjo a partir de 1880 cuando comenzó a gestarse un nuevo orden, caracterizado por el predominio de una oligarquía conservadora y el desarrollo agroexportador a partir de la producción pampeana.

Durante el último cuarto del siglo XIX y las primeras dos décadas del XX, las ciudades del litoral atlántico, especialmente Buenos Aires y Rosario, incrementaron su población a partir de la inmigración europea y sufrieron una modificación considerable. En el Norte argentino, la producción azucarera desarrollada en determinadas regiones de las provincias de Salta, Jujuy y Tucumán redefinió, en la misma época, las antiguas relaciones económicas, sociales y espaciales, tal como sucedió en la región de Cuyo, sobre todo, en la provincia de Mendoza, con la producción viñatera, destinada como el azúcar al consumo interno.⁴

En principio, Julio A. Roca, presidente entre 1880 y 1886, aseguró a los grupos dominantes del interior ciertos privilegios económicos como forma de asegurar alianzas a nivel nacional y, en cierta medida, “redistribuir” el progreso argentino. Ahora bien, en el conjunto nacional se distinguió claramente que el progreso económico estaba asegurado sosteniendo e incrementando las vinculaciones con el mercado externo, ligado intrínsecamente a la producción y circulación de bienes en la región pampeana, a la obtención de capitales y al ingreso de población extranjera. En consecuencia, no se pudo modificar la dependencia que subyacía entre las economías regionales y la pampeana, cuyo crecimiento implicaba la subordinación del interior.⁵

⁴ Hacia 1820 existían en el actual territorio argentino las provincias de Salta, Catamarca, Tucumán, Santiago del Estero, La Rioja, San Juan, Córdoba, San Luis, Mendoza, Corrientes, Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires. La población blanca controlaba un espacio reducido, ya que al sur del paralelo 38, es decir, gran parte de la región Litoral o Pampeana y toda la Patagonia, además del Chaco al nordeste, estaba bajo el control de parcialidades indígenas. Entre 1880 y 1884, se realizaron distintas campañas militares destinadas a “pacificar” e incorporar el territorio al control estatal. La división geográfica de las regiones argentinas en el periodo 1884-1920 era la siguiente: 1. Región Litoral (también llamada Pampeana), compuesta por el distrito Capital y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Entre Ríos y Corrientes; 2. Región Central (provincias de Córdoba, San Luis y Santiago del Estero); 3. Región Oeste o Cuyana, con las provincias de Mendoza, San Juan, La Rioja y Catamarca, y la Región del Norte (Tucumán, Salta y Jujuy). Asimismo, existían territorios nacionales (Misiones, Formosa, Chaco, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego), al norte, sur, centro y oeste del país, los cuales no tenían rango provincial y estaban bajo el control directo del Ejecutivo Nacional. Véase *Segundo Censo de la República Argentina*, t. II, 1898. Una referencia geográfica de cada región en particular se encuentra en Roccatagliata, *Argentina*, 1988.

⁵ Véase al respecto Campi, “Economía”, 2000, p. 73-118.

Además de las implicaciones políticas y económicas, el litoral argentino, sobre todo, Buenos Aires, constituyó también el centro de las expresiones científicas. La inexistencia de una producción intelectual de importancia en el interior (salvo en Córdoba, pero en un periodo anterior), se relaciona con el auge económico bonaerense desde la etapa rosista (1830-1850), incrementado a partir de finales del XIX con la concentración de intelectuales e instituciones. Diversos organismos científico-médicos, como la Academia de Medicina, la Facultad de Ciencias Médicas, la Asistencia Pública municipal, hospitales y clínicas, así como asociaciones profesionales y revistas especializadas, se localizaron en la Capital. También allí se desarrolló en forma más rápida y eficaz una infraestructura sanitaria que hizo posible el control epidémico y se implementó una administración higiénica, que luego adquirió rango nacional.⁶

Este crecimiento desigual entre el interior y el litoral, manifestado en diferentes niveles, también era percibido por los contemporáneos. Como ejemplo, un profesional del interior señalaba irónicamente que el prestigio de un médico va en sentido directo a la ubicación espacial de su consultorio, siendo de mayor renombre quien vive cerca de Plaza Victoria, en el centro porteño, hasta llegar al de peor reputación, que se ubica en la Cordillera de los Andes.⁷

Las representaciones con respecto a los pacientes del interior, vinculados singularmente a la vida rural, y los del área porteña, contrastados a lo urbano, tienen asimismo los discursos sobre salud y enfermedad mental de las primeras décadas del XX. Así, la psiquiatría positivista argentina configuró dolencias diferenciales para la masa de inmigrantes, como neurosis y demencia, y para los habitantes del interior, a quienes se consideraba víctimas del cretinismo y la idiocia.⁸ La falta de desarrollo económico y el atraso social de aquellas regiones del país que no se incorporaron, salvo excepciones, al progreso marcado por el sistema agroexportador pampeano, se entrecruzó en las concepciones médicas que operaban comparativamente, para tratar de explicar las diferencias demográficas y sanitarias. El bocio, específicamente, apoyó estas identificaciones científicas y les brindó sustento biológico, en la medida en que se identificó con los habitantes nativos y criollos del interior, en contraposición con la mayoría de población extranjera, asentada en el litoral argentino.

⁶ Véase Coni, *Progrès*, 1887, y Armus, "Descubrimiento", 2000, p. 507-551.

⁷ Franceschi, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1886.

⁸ Se trata de una cuestión realmente poco estudiada en Argentina y que hemos empezado a ahondar en Di Liscia y Billorou "Locura", 2003, y Di Liscia, *Saberes*, 2003. Véase uno de los pocos ejemplos en Vezzetti, *Locura*, 1985, p. 124.

FACTORES AMBIENTALES, MIASMÁTICOS E HIGIÉNICOS EN LA
 GENERACIÓN DEL “COTO” Y EL CRETINISMO

Durante el siglo XIX, diversos viajeros extranjeros habían señalado en su recorrido tanto por las provincias del Norte como por la región de Cuyo un anormal número de “cotosos” (término local para los afectados de bocio), advirtiendo una vinculación con el cretinismo, que se presentaba también en número superior a lo común. Martín de Moussy, en su *Description Géographique*, fue uno de los primeros en detectar esa diferenciación regional, que vinculaba directamente a las regiones montañosas, como eran estas comarcas andinas de Argentina.⁹

El médico italiano Paolo Mantegazza también consideraba probable la hipótesis ambiental para el bocio, enfermedad muy frecuente en Salta, junto con la neumonía, la disentería, la lepra y el reumatismo entre otras.¹⁰ Mantegazza había leído a De Moussy, el cual figura en su copiosa bibliografía, también a Cesare Lombroso, a quien consideraba uno de los más brillantes sabios contemporáneos, estrella indiscutida de la escena académica positivista. Estas lecturas le sirvieron para mencionar unidas ambas dolencias, enfermedades que, por otra parte, no respetaban origen étnico ni barreras sociales, ya que tanto criollos como extranjeros, ricos o pobres, blancos y mestizos podían ser cotudos y cretinos. Los negros parecían estar milagrosamente a salvo, al menos para Mantegazza.¹¹ Ambos autores habían utilizado estadísticas parciales o simples observaciones, lo cual era perfectamente normal en la época, ya que no resultaba posible, dados los escasos medios técnicos y la débil organización administrativa, recabar información sanitaria de otra manera.

Pero la verdadera preocupación se produjo a partir de las conclusiones generales del Primer Censo Nacional de 1869 (véase cuadro n. 2). Éste sistematizó la información dentro de la población con “condiciones especiales”, considerando bociosos por un lado y, por el otro, a “cretinos, estúpidos y opas”. Los empadronadores, generalmente los “vecinos más ilustrados, morales y activos” de los case-

⁹ De Moussy, *Description*, 1860-1869. Por otra parte, se trataba de una cuestión discutida en Europa, tal como lo atestigua la obra de Morel, *Traité*, p. 663-668.

¹⁰ Mantegazza, *Cartas médicas*, 1949, t. II, p. 355. Las *Cartas* fueron publicadas entre 1858 y 1860 en Italia y luego en *La Revista de Buenos Aires* y son fruto de recopilaciones durante su estadía durante los años de 1854 a 1857 en el norte y este de Argentina.

¹¹ *Ibidem*, p. 372-373.

ríos, tomaban los datos por familia y debían hacer constar la condición del enfermo, sin que se les diera instrucciones sobre cómo hacerlo, por lo que debían confiar en su propio criterio. En instituciones como asilos u hospicios, eran los encargados de las mismas quienes completaban la información.¹²

Atendiendo seguramente a la aparición de diferencias regionales con respecto al bocio, tal como aparecían en el Primer Censo, la *RMQ* consideró necesario en 1877 solicitar a diversos corresponsales del interior, profesionales médicos en su totalidad, que le suministraran las opiniones o análisis al respecto.¹³ De tal manera, los aportes fueron compilados en una serie de números aparecidos durante ese año en la publicación, provenientes de médicos de las principales provincias afectadas. Así, Adolfo Valdéz, de Salta, "B. F. A", de Tucumán, Ismael Carrillo, de Jujuy, Nicolás Morales y Abraham Lemos, de Mendoza, enviaron sus colaboraciones a la prestigiosa revista porteña.

El bocio y el cretinismo eran enfermedades que en algunos países europeos exceptuaban del servicio de las armas. En más de un sentido, esta cuestión era importante, ya que implicaba directa o indirectamente a otras, como la ciudadanía relacionada con la capacidad de participación en el ejército nacional, y sobre este punto también fueron consultados los cinco corresponsales, quienes afirmaron en general que el bocio, salvo casos de desarrollo anormal de la tiroides, no impedía el servicio militar,¹⁴ pero sí el cretinismo, pues se consideraba que la obediencia a órdenes excedía la capacidad psíquica y física subnormal de los afectados por esta dolencia.¹⁵ Se mencionaron así, como curiosidades bélicas, "batallones enteros" de soldados con bocio, que marchaban a la batalla llevando, además de las armas, la deformación tiroidea.¹⁶

Según los conocimientos contemporáneos, el bocio, complicado con el cretinismo, podía ser explicado de acuerdo con cuatro teorías: en primer lugar, la "doctrina de las causas múltiples" (humedad, miasmas en el aire, falta de insolación, aguas insalubres); en segundo lugar, la "intoxicación miasmática", que consideraba como causa

¹² *Primer Censo*, 1872, p. 53. Entre la población con "condiciones especiales", constaban asimismo las categorías de ciego, sordomudo, amancebado, ilegítimo, huérfano e inválido.

¹³ Esta revista médica, la única en su género en el país, había sido fundada en 1864 por los médicos Ángel Gallardo y Pedro Mallo y persistió en la escena académica hasta 1888. A partir de 1879 fue dirigida por el higienista Emilio Coni.

¹⁴ A. Valdéz, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 83.

¹⁵ "B. F. A", *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 134.

¹⁶ Morales, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 174.

principal una aireación deficiente y contaminación orgánica; en tercer lugar, “la hidrotelúrica”, que sostenía que el bocio era producido por aguas calcáreas, con exceso de magnesio y carbonato y, por último, la “ioduración insuficiente de los medios y la falta de oxigenación del agua”. Estas cuatro teorías implicaban experiencias científicas y estadísticas, tanto a favor como en contra, y eran sostenidas por prestigiosos especialistas europeos, franceses en su gran mayoría.¹⁷

Los cinco corresponsales a quienes se les pidió opinión al respecto, desde Buenos Aires, considerando que la experiencia médica local serviría de ayuda para decidir por una u otra teoría fueron, sin embargo, extremadamente confusos en sus exposiciones y, a la vez, expusieron otras posibilidades en los ensayos enviados a la *RMQ*. Por otra parte, resulta interesante observar que los cinco se basaron en las descripciones geográficas de De Moussy que encabezan los artículos, así como en las estadísticas de 1869, a las cuales consideraron una base fundamental para iniciar el análisis. De esta manera, la situación parecía situarse entre dos límites muy valorados científicamente: la objetividad de los números y el conocimiento global otorgado por la geografía. Dentro de ésta, el clima, el agua, el aire, la orografía, junto con factores socioculturales como la higiene privada, se convocaban para legitimar las explicaciones ambientalistas.

Teorías miasmáticas e hidrotelúricas

En cuanto a la influencia física del ambiente, las teorías miasmáticas consideraron específicamente el exceso de humedad, unido a la insuficiencia del aire y luz como causas necesarias y suficientes para la aparición del bocio. Para Adolfo Valdéz, médico en Salta, en determinados valles de la provincia dichas características climáticas provocaban un exceso de “cotudos” y también de cretinos, coincidiendo ambos tipos de enfermedades. También Ismael Carrillo, de Jujuy, expresó que el aire y la humedad no debían ser descartados, puesto que bocio y cretinismo se localizaban sobre todo en valles estrechos y poco aireados, donde existe mucha vegetación y se encuentran en la atmósfera miasmas deletéreos engendrados por las materias orgánicas en putrefacción.¹⁸

La explicación hidrotelúrica, subproducto de la teoría miasmática, fue también analizada por los cuatro médicos. La pureza del agua de

¹⁷ Lemos, “El bocio en la República Argentina”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 77.

¹⁸ Valdéz, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 81; Carrillo, *Revista Médico-Quirúrgica* 1877, p. 107-108.

arroyos y pequeños riachuelos, que se formaban por el deshielo podía ser sólo aparente. Por ejemplo, el corresponsal de Tucumán aducía que todos los ríos, aun aquéllos más oxigenados, con saltos en su recorrido, tienen materia orgánica contaminante. Por lo tanto, se afirmaba como “hecho incontrovertible (que) el agua filtrada no determina el desarrollo del bocio. Nunca padecen esta enfermedad los que se toman la molestia de someter el agua a un sencillo tratamiento que consiste en hacerla pasar por una tela fina encima de la cual hay dos capas superpuestas, la primera de carbón, la segunda de arena”.¹⁹

Higiene personal

En estas elaboraciones teóricas, en la búsqueda de las causas de una enfermedad, no estaban ausentes las expresiones sobre el orgullo local, como desagravio ante un afán investigador que negaba la belleza y abundancia de la naturaleza. En el texto de “B. F. A”, de Tucumán, existe un marcado interés por propagar las delicias del “Jardín de la República”, expresado en un lenguaje poético. La provincia, sin rival en América por su clima, su exuberante vegetación, la abundancia de las aguas y el esplendor de los bosques, posee sin embargo cotudos y cretinos, “aberraciones” en este espacio idílico e higiénico, ya que ambos términos se confunden. Por lo tanto, si había personas con bocio esto era debido a deficiencias higiénicas privadas, las cuales se evidenciaban en un uso indebido del agua.

Esta situación estaba entonces vinculada con otras: la visión culta de un conjunto de la población, al que era necesario medicalizar, enfatizando la inexistencia de prácticas de limpieza y aseo personal. Por ello, en el discurso se identifican una elaboración acerca del agua como agente causal por carecer de determinados minerales, con la del agua que se ingiere sin poner en práctica las normas higiénicas. “Primitivamente, la población de Lules (Tucumán), era muy desidiosa, poco se cuidaba del bocio (...) se encuentran aún muchos enfermos pertenecientes todos a esa clase social que vive en el abandono y la miseria.” Y también: “la gente pobre, que siempre vive en pésimas condiciones higiénicas, está más expuesta a sufrir las consecuencias del agua impura y sobre todo le faltan los medios más eficaces para hacerla inofensiva. Esto tiene lugar en los puntos donde existe el coto tanto en Tucumán como en las otras provincias”.²⁰

¹⁹ “B. F. A”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 131.

²⁰ “B. F. A”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 129 y 132.

En Mendoza, Nicolás Morales observaba asimismo que las clases más acomodadas no sufrían de bocio, el cual se concentraba entre los pobres. Éstos no filtraban el agua que consumían, y además eran poco cuidadosos con las “leyes más elementales de la higiene”. Por lo tanto, “si no cabe duda de que el agua debe tacharse como conteniendo los elementos nocivos, no debe tampoco despreciarse del todo la influencia de los medios que rodean a esa clase de sociedad en que con tanta frecuencia se presenta el bocio”.²¹

La falta de higiene, específicamente, también causaba para Ismael Carrillo el cretinismo, el cual estaba localizado entre personas que no se esmeraban en su aseo personal, mientras que “ni una ni otra afección se nota entre la gente acomodada, salvo raras excepciones”.²² Por lo tanto, una consecuencia de las deficiencias psíquicas era observada como causal de la enfermedad, lo cual implica cierta incapacidad para generar un método científico basado en la observación médica de un caso durante un largo periodo de tiempo; además se actuaba comparativamente.

Yodo y bocio

La teoría de la ioduración insuficiente del agua que por la comunicación del artículo general aparecido en la *RMQ* tenía una aceptación académica generalizada, sobre todo en la bibliografía médica francesa, recibió sólo hasta cierto punto acuerdos locales. Se la consideraba una de las tantas causales, que requería de una concatenación con otra serie para hacerse efectiva.

Ismael Carrillo señalaba que “el yodo ha dado en general buen resultado”; también el remedio popular, un alga denominada “palo de coto” con alto contenido de yoduros y bromuros y, singularmente, el cambio de localidad,²³ que eximía al enfermo de beber las aguas locales, elementos todos que permitirían entonces decantarse por esta elección frente a otras. Pero no fue ésa la opción para este médico, ni para Lemos o Valdéz; este último también mencionó vagamente la existencia del “palo de coto”, agregando la composición de yodo pero sin profundizar sobre la existencia de tal característica.²⁴

La falta de análisis bacteriológicos y de minerales realizados de forma sistemática en los sistemas de abastecimientos de agua evidente-

²¹ Morales, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 175.

²² Carrillo, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 108.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Valdéz, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 82.

mente falseaban las conclusiones y provocaban una escasez de información empírica.²⁵ Algunos de los corresponsales de la *RMQ* intentaron actuar al respecto pero se encontraron con enormes dificultades, tanto de origen técnico como científico. Uno de los problemas era dónde tomar las muestras, es decir, los ríos o espejos de agua a los cuales considerar como prioritarios, ya que eran más de uno en un amplio territorio (ríos Mendoza y Tunuyán, en la provincia de Mendoza, el río San Francisco, en Tucumán; innumerables fuentes, arroyos y manantiales en cada valle y quebrada).

Por otra parte, ¿podía considerarse al río como una entidad similar en todo su recorrido, o habría que tener en cuenta que a lo largo de su curso era previsible el añadido de minerales o su falta, la oxigenación o la contaminación?; de igual manera, ¿el agua de “nieves” era más beneficiosa que la de lagunas estancadas para el bocio?²⁶ Estas cuestiones sin duda dificultaban la tarea y la hacían extremadamente compleja, asumiendo además los escasos medios técnicos y la inexistencia de una metodología que pudiese hacer efectiva la hipótesis de trabajo.

Una orografía bociosa

La inclusión de la altura en este enrarecido panorama nosológico brindó una complicación adicional, que en vez de despejar incógnitas aumentaba la confusión. Diversas observaciones producto de la geografía médica habían notado un porcentaje mayor de bocio en sitios montañosos, por lo cual, la explicación orográfica como variable de control fue también puesta en examen. Para Lemos, el agua, la humedad y la luz del sol poco importaban en realidad, porque los científicos habían confundido esas influencias ambientales con la altura sobre el nivel del mar.

En un esfuerzo, sin duda interesante, Lemos, uno de los que menos creía en las teorías ambientalistas sobre el origen del bocio, integraba en su artículo una serie de estadísticas generales sobre localidades de la provincia de Mendoza sobre altura y número de bociosos e información sobre otras provincias argentinas, repúblicas americanas y países europeos en los que recabó datos similares. Al margen de la defectuosa configuración de los listados, viciados por una particular visión de las cantidades (en algunos casos, la carencia

²⁵ *Ibidem.*

²⁶ Lemos, “El bocio en la provincia de Mendoza”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 347-348.

de información concreta sobre bociosos hacía que mencionase a “muchos” o “numerosos”) y por una falta de información de los aspectos generales de la población que deseaba comparar, Lemos señalaba como axioma que “a medida que la altura pasa de cien metros sobre el nivel del mar, la proporción de bociosos acrece proporcionalmente hasta el punto que los pueblos donde es endémico el bocio en la República Argentina tienen una altura mínima de 450 en Tucumán y un máximo de 1115 en Salta, 1100 en La Rioja, 777 en Mendoza, siendo precisamente estos puntos los que mayor número de bocios presentan relativamente a su población”.²⁷ Se trataba, por lo tanto, de una patología de la altura, que se podía encontrar en las regiones de mayor altitud en todos los puntos del globo.

Ahora bien, para los médicos que escribieron en la *RMQ* en 1877, el bocio en general estaba unido al cretinismo. Si bien la dirección de la revista les consultaba sobre esta relación, indicando si era o no posible hacerla desde su experiencia profesional en las áreas de bocio, los médicos identificaron ambas patologías en un solo e indiferenciado conjunto, el cual, además, consideraban en general vinculado al ambiente. Algunos especularon con cierta separación, especificando que todos los cretinos/idiotas eran cotudos, pero no todos los que tenían bocio eran cretinos,²⁸ y otros consideraban el cretinismo como enfermedad congénita y el bocio como adquirida,²⁹ en un panorama teórico-metodológico que hacía confusa tal distinción y que tendía a unir el cretinismo con la noción de “idiocia” (retardo mental congénito o hereditario, de acuerdo a las definiciones decimonónicas).

Uno de ellos, el facultativo Lemos, abrazó en forma entusiasta otras opiniones autorizadas que referían las conexiones que estaban todavía por explorar entre bocio, cretinismo y herencia, en virtud de la aplicación de las teorías degenerativas que irrumpieron en el escenario nacional con mayor fuerza a finales del siglo XIX y principios del XX y que tuvieron como representantes a importantes especialistas de la psiquiatría positivista.

LA HERENCIA DEGENERADA. SOBRE “OPAS” Y BOCIOSOS

La teoría de la degeneración, de gran impacto en la medicina occidental, fue elaborada hacia 1857 por Benedict Morel y luego

²⁷ *Ibidem*, p. 351-353.

²⁸ “B. F. A”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 133.

²⁹ Morales, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 173.

reformulada por Valentín Magnan. Su apropiación fue directa en la psiquiatría, y en la criminología positivista posterior fue incorporada por la antropología física italiana. El paradigma degeneracionista era fuertemente somaticista y remitía las enfermedades (mentales, sobre todo) a un sustrato físico, presuponiendo que lo anormal tiene una confirmación corporal. Por otra parte, existe en las elaboraciones teóricas de los degeneracionistas una tendencia marcada a considerar dichos rasgos anormales como hereditarios. Multitud de enfermedades congénitas, neuropatías y adicciones, como el alcoholismo, la hipocondría, la epilepsia y también la idiocia y la imbecilidad, fueron analizadas bajo este paradigma como producto de una supuesta “decadencia racial”, considerando que la civilización traía como correlato un proceso negativo en la mayoría de la población productiva de un país.³⁰

Idiotas o cretinos

Ahora bien, para la teoría de la degeneración, idiotas y cretinos requerían de un estudio profundo, toda vez que podían visualizarse en ellos los rasgos atávicos de los antepasados de la civilización occidental e incluso de las sociedades “primitivas”, como las de indígenas americanos.³¹ En principio, la idiocia estuvo considerada como un tipo de demencia. En la primera mitad del XIX, ciertos alienistas, como Esquirol y Pinel, comenzaron a distinguir nosológicamente entre ambas patologías, aunque en general incluían ambas dentro de la categoría general de “vesania”, enfermedad mental que podía ser congénita o adquirida.

Esta diferenciación apuntaba a establecer la idiocia (del latín *amentia*) como un retraso de las facultades mentales que provocaba falta de habilidad para percibir el medio o para recordar. El idiotismo era, para Pinel, no un momento de desarrollo sino la falta del mismo (un ser y no un devenir, un estado y no una enfermedad). “Durante mucho tiempo, los ‘idiotas’ vivieron tan marginados como los dementes, porque se trataba de una forma de irracionalidad que se consideraba menos peligrosa, más abstracta y pura. En 1820, sobre todo en Inglaterra, comenzó a considerársela perturbadora y

³⁰ Véase al respecto Ackerknecht, *Breve*, 1993, p. 73-75; Gould, *La falsa medida*, 1984; Campos Marín *et al.*, *Ilegales*, 2000, p. 3-8; Huertas García Alejo, *Locura*, 1987, p. 43-57, y Pick, *Faces*, 1989, p. 50-54.

³¹ Urías Horcasitas, *Indígena*, 2000.

necesitada de protección, mientras que la naciente psiquiatría descubrió que algunas dolencias podían curarse.”³²

Entre los disminuidos mentales se construyeron entonces gradaciones diferenciales que iban desde los idiotas, que no podrían jamás dominar el lenguaje hablado, a los imbéciles que podían aprender a hablar pero no a escribir, y los ligeramente débiles mentales (“morones”), que podían realizar ambas actividades con dificultad. Otras nomenclaturas psiquiátricas mencionaban también tres categorías: “idiotas”, de edad mental de menos de tres años, “imbéciles”, de tres a siete años y “tontos”, de hasta ocho y nueve años. En general, esta terminología predominó en los ámbitos académicos internacionales hasta aproximadamente 1950, cuando se la sustituyó por nomenclaturas basadas en el Coeficiente Intelectual (CI),³³ que, sin embargo, no estaban en uso en toda la bibliografía argentina médica.³⁴

Los alienistas franceses de la primera mitad del XIX eran optimistas en relación a los que padecían idiocia congénita; confiaban en educarlos en instituciones especiales y reinsertarlos en la sociedad. Sin embargo, a partir de la influencia de la teoría de la degeneración esta concepción se transformó progresivamente y los retardos mentales fueron analizados en virtud de un esquema jerárquico, por científicos preocupados por el futuro de la raza. La explicación psicopatológica de Pinel y Esquirol quedó anulada por la explicación somático-racional, propia de Gall y Bayle.³⁵

Enfermedad y retraso mental incluían un “daño anatómico” que el investigador debía descubrir en el paciente. Bajo una actitud ciertamente pesimista con respecto a la imposibilidad de curación de los “idiotas”, se modificó entonces hasta el sistema institucional destinado a curarlos y rehabilitarlos para, progresivamente, orientarse a vigilarlos y asilarlos, cuando no a provocar legalmente su eliminación.³⁶ Asimismo, el concepto de idiocia fue usado como estigma para aislar e identificar a los miembros no productivos de una sociedad; con esto las discusiones científicas rebasaron el orden médico, al debatirse sobre su capacidad de elección política y el uso de sus

³² Dörner, *Ciudadanos*, 1974, p. 136 y 213.

³³ Freedman *et al.*, *Tratado*, 1982, p. 922. En 1961, la American Association of Mental Deficiency hablaba ya de “retraso mental” o “deficiencia mental”, mientras que en la URSS se usaba con mayor frecuencia el término “oligofrenia”. Asimismo, las gradaciones se valoraban de acuerdo al CI en retrasos leves (de 70 a 65 puntos) hasta profundos (menos de 20 puntos).

³⁴ Como ejemplo, el manual del médico Nerio Rojas *Medicina Legal* (1953), mencionaba el aborto terapéutico legal en mujeres “dementes e idiotas”.

³⁵ Berrios, “Mental”, 1995, p. 225-238, y Huertas García Alejo, *Clasificar*, 1998, p. 46-67.

³⁶ Freedman *et al.*, *Tratado*, p. 1295-1297.



derechos civiles y políticos (como votar, formar parte del ejército o heredar) e incluso sobre el derecho a reproducirse.³⁷

La categoría de “cretino” obedece a una particular construcción del retraso mental. Se considera dentro de esta categoría a aquellas personas con notorias dificultades motoras y, sobre todo, con falta de expresión lingüística, de aseo y de respeto en general por las costumbres y la moral, personas que además se sospechaba estaban aquejadas de bocio. Uno de los primeros en distinguir esta dolencia fue E. F. Foderé en 1791, en su *Traité du goitre et du cretinisme*; posteriormente Esquirol, en su tratado *Les maladies mentales*, de 1838, clasificó como variaciones de la idiocia a los *cagots*, albinos y cretinos, reiterando el carácter endémico de estas patologías.³⁸ Por otra parte, esta dolencia fue investigada por la antropología criminal, ya que formaba parte de un conjunto de anomalías características de los criminales.³⁹

Para varios especialistas, los censistas de 1869 habían errado al consignar a idiotas y cretinos bajo una misma categoría, por lo que resultaba difícil separar en diferentes grupos a estos “anormales”. En la búsqueda de una diferenciación, se aseguraba que “los cretinos son idiotas que además de la deficiencia de su organización traen un vicio de conformación cerebral, lo que los constituye en una degradación física mayor que los idiotas propiamente dichos. Son los zoófitos de la zoología humana”.⁴⁰

También para el anónimo articulista de la *RMQ*, el cretinismo implicaba un grado de envilecimiento corporal mayor que la “idiocia simple”, y debía en consecuencia ser distinguido de ésta. El cretino; en general, se asumía relacionado con el bocio, mientras que la idiocia era una patología que existía en comarcas donde el bocio no se conocía.⁴¹ La sutileza de la distinción entre cretino e idiota puede observarse en Lemos quien, a partir de la observación de cuatro casos, tres mujeres y un varón, elaboró en su artículo un cuadro con las siguientes categorías comparativas:⁴²

³⁷ Thom, “Mental”, 1995, p. 252.

³⁸ Huertas García Alejo, *Clasificar*, 1998, p. 58.

³⁹ Lombroso, “Antropometría”, 1975, p. 432.

⁴⁰ Lemos, “El bocio en la provincia de Mendoza”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 359-360.

⁴¹ Lemos, “El bocio en la República Argentina”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 79-80.

⁴² Carrillo también observó características físicas y fisiológicas entre los cretinos (salivación continua, labios gruesos permanentemente abiertos, vicios en la articulación de las palabras) así como alteración en el comportamiento social (“comen con glotonería”), considerando, a diferencia de Lemos, que se trataba de una patología congénita. Véase Lemos, *op. cit.*, p. 107.



Cuadro 1
COMPARACIÓN ENTRE IDIOTISMO Y CRETINISMO

| <i>Idiotismo</i> | <i>Cretinismo</i> |
|---|--|
| 1. Más general en el hombre | 1. Más general en la mujer |
| 2. Padres del país | 2. Padres del país |
| 3. Ángulo facial de 60° 70 | 3. Ángulo facial no pasa de 60° |
| 4. Nariz de forma variable | 4. Nariz chata y hundida en el nacimiento |
| 5. Diámetro antero-posterior: 22 cm | 5. Diámetro antero-posterior (2 tenían 17 cm, otro 18 y otro 21 cm) |
| 6. Diámetro transversal: 17 cm y más | 6. Diámetro transversal (2 tenían 15 cm, otro 16 y otro 16 y 1/2) |
| 7. Es generalmente innato pero puede adquirirse | 7. Es innato y no se ha visto caso de adquirirlo |
| 8. Orejas de forma común | 8. Orejas grandes y apartadas posteriormente |
| 9. Barba ancha y péndola | 9. Barba ancha y péndola, dejando escapar la saliva |
| 10. Piel facial de textura según la edad | 10. Piel facial de aspecto decrepito, cualquiera sea la edad |
| 11. Extremidades generalmente bien constituidas, y capaces de un ejercicio fuerte | 11. Extremidades algo atrofiadas y sin firmeza |
| 12. Pies de forma y posición variable | 12. Pies largos, chatos y en abducción notable |
| 13. Piernas flojas | 13. Piernas en semiflexión, y que no pueden man-tener el equilibrio si cargan peso mediano |
| 14. Marcha en la mayoría de los casos insegura, pero susceptible de ser continua | 14. Marcha incierta, bamboleante y no continuada si no se les cohibe |
| 15. Altura variable en la medida común | 15. Altura del cuerpo no pasa de 115 cm en mujeres y 120 en varones |
| 16. Son generalmente sordomudos o semimudos | 16. Son generalmente sordomudos y algunos hablan |
| 17. La mayoría de los idiotas son varones | 17. La mayoría son mujeres |
| 18. Son perezosos pero susceptibles de aprender un arte en forma automática | 18. Son perezosos e incapaces de aprender algo, y nada hacen sino a latigazos |
| 19. Son voraces, sin manifestar preferencia por ciertas comidas, y no se satisfacen jamás | 19. Comen medianamente y quedan satisfechos |
| 20. Son muy desaseados, lujuriosos, sin pudor | 20. Son muy desaseados, sin pudor, pero no muestran lujuria sino las mujeres |
| 21. Temen el dolor y procuran evitarlo huyendo | 21. Amenazados de castigo se acurrucan, se tapan la cabeza, gimen, pero no se mueven |
| 22. Suelen ser sanos, y no presentan erupciones | 22. Son generalmente escrofulosos y presentan erupciones liquenoideas de la piel |
| 23. Les gusta el calor y toman el sol en invierno y la sombra en el estío | 23. Buscan el sol que parece no incomodarles en el estío |

Fuente: Abraham Lemos, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877.

El punto esencial, además de ciertas consideraciones sobre el trato social a discapacitados mentales que hoy llenan de estupor, era la firme creencia de que el cretinismo tenía origen en la herencia. Así, se elaboró una argumentación centrada en el origen consanguíneo del cretinismo y se le añadió el bocio, como enfermedad característica de un medio ambiente pero que para “fructificar” requería de la herencia materna o paterna.

Sexo y reproducción

Para Abraham Lemos, el bocio era indiscutiblemente una enfermedad hereditaria, pero, a la hora de justificar esta afirmación general, veía la necesidad de moderarla. Así, era preciso averiguar toda una “línea de progenitores” para mostrar la presencia o ausencia de la enfermedad, y resultaba la herencia paterna mucho más “enérgica” que la materna. Pero a la vez, cuando ambos padres son bociosos, “no se ve aumentarse extraordinariamente la aptitud de la prole para el desarrollo del bocio (como podría imaginarse), sino que oscila el desarrollo impulsado casi siempre por las demás causas que concurren a su formación”.⁴³

Por otra parte, existían causas que predisponían al bocio, con lo cual, lo que era definido en sus orígenes como “herencia” terminaba siendo una argumentación acerca de una enfermedad congénita. El sexo era, para él, la principal causa, centrando la argumentación en que existía un mayor número de mujeres con bocio, relación que en determinados casos era de dos a uno. Esta situación fue también observada por otros especialistas, como Rawson, Coni y Meléndez, y formó parte de las argumentaciones médicas que construyeron simbólicamente la inferioridad femenina.⁴⁴

Si las mujeres contraían más bocio que los varones y además eran más los varones con cretinismo que las mujeres, podía también pensarse que dicha diferencia tenía relación con dos elementos: la “magnitud del cráneo” masculino, por un lado, y las funciones reproductoras femeninas, por el otro. El cerebro de los varones, supuestamente mayor que el del sexo femenino, se lesiona con más frecuencia que el de las mujeres porque se comprime en un espacio reducido, mientras que las mujeres sufren más el bocio porque a causa del esfuerzo

⁴³ Lemos, “El bocio”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 327.

⁴⁴ Sobre esta cuestión existe una abundante producción. Véase como ejemplo Nouzeilles, “Políticas”, 1999, p. 97-110; Guy, “Madres”, 1997, p. 231-256, y Correa, “Parir”, 2000, p. 192-213.

del parto, la tiroides se congestiona y se dilata.⁴⁵ Por lo tanto, existen razones mecánicas (compresión-dilatación) que se relacionan con ambas enfermedades, basadas a su vez en dos formas opuestas de asumir el cuerpo humano, como masculino y como femenino. Pero la explicación sobre la compresión del cerebro y la existencia de lesiones, que se manifestaban en idiotismo masculino y el bocio-cretinismo femenino no estaba, para el anónimo articulista de la *RMQ*, suficientemente probada, dado quizá la existencia de mujeres “idiotas” y supuestamente con un cráneo menor y un cerebro sin posibilidad de desarrollo y a la vez de varones con coto y también cretinos, que obviamente por su condición masculina no pasaban por el “trauma” del parto.

Rawson, célebre higienista argentino, intentó avanzar sobre otra idea, configurando una complicada teoría sobre diferentes “focos centrales del cerebro”; con ella intentaba probar las divergencias cerebrales de ambos sexos. Rawson quiso también encontrar, al mismo tiempo, una explicación para el número mayor de idiotas varones y la cantidad superior de mujeres con bocio, expresando al respecto que “los defectos funcionales que constituyen monstruosidades congénitas o diferencias fisiológicas o anatómicas de ese carácter son más abundantes en el sexo masculino que en el femenino”. Esta cuestión, que alegraría a las feministas, estaba sin embargo contrapuesta a la argumentación de que los varones tenían en el cerebelo focos más desarrollados que las mujeres, por lo cual, esa estructura cerebral daba como resultado mayores defectos.⁴⁶ Es decir, el problema no era el cráneo o su forma, sino la composición cerebral en sí misma.

La preocupación de Rawson, que en realidad quería investigar por qué nacen más varones que mujeres y mueren antes éstos que aquéllas, lo llevó a contactar en París a científicos de renombre internacional, como Jacques Bertillon, el célebre demógrafo, Brown Sequard, discípulo de Claude Bernard y reconocido neurólogo, y a Auguste Topinard y Paul Broca, figuras estelares de la naciente antropología positivista europea, quienes llevaron a cabo, entre otras investigaciones, experiencias para determinar biológicamente la superioridad masculina.

El higienista argentino, sin embargo, no llegó a elaborar conclusiones terminantes al respecto, aunque sin duda estaba frente a un contexto académico donde se aceptaban *a priori* ciertas hipótesis. La existencia de un desarrollo tiroideo anormal entre las mujeres, producto de la segregación hormonal, estaba lejos de ser captada por la

⁴⁵ Lemos, “El bocio en la República Argentina”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 76.

⁴⁶ Rawson, *Escritos*, 1953, p. 192-193.

medicina del siglo XIX, encerrada en falsas premisas extendidas científicamente por un sector médico masculino, que buscaba corporeizar, a partir de lesiones neurológicas, los prejuicios de género.

ESTADÍSTICA Y CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS DE SALUD/ENFERMEDAD

Como se ha afirmado, la cuantificación demográfica implicó una transformación de relevancia para la medicina, en la medida que permitió a muchos investigadores incluir esta disciplina dentro del ámbito científico, buscando una regularidad en la aparición de las enfermedades y en su desarrollo.⁴⁷ La medición estadística significó considerar a los individuos (enfermos, difuntos o posibles enfermos) dentro de un conjunto más amplio, en el cual era posible, entre otras cuestiones, la comparación con hechos locales, regionales o nacionales, ya fuese de manera histórica o sincrónica. De todas maneras, el acopio de información estadística y su tabulación posterior no era (ni es) tarea sencilla, e imponía un esfuerzo considerable a los organismos estatales, los más interesados en recabar lo que se suponía eran datos objetivos sobre la población, en un afán por generar un corpus de información confiable para la tarea de gobernar.

En Argentina, la tarea se inició tempranamente, aunque durante mucho tiempo estuvo constreñida a la provincia de Buenos Aires o limitada a la reunión de datos fragmentarios, captados de manera irregular, por parte de estadísticos débilmente institucionalizados. Durante el periodo 1880-1916, se produjo una apertura de oficinas especializadas y una mayor profesionalización de los técnicos, lo cual se visualiza sobre todo en el análisis de los tres censos nacionales. Éstos vinculan dos tipos de discursos: uno textual y otro matricial, en relación con la tabulación de los datos, que combinan datos seleccionados de manera hipotética y con base en presupuestos ideológicos, los cuales pueden expresarse en relación con el trabajo, el género, o la salud, entre otros.⁴⁸

Con respecto al bocio, si el censo de 1869 ya había provocado cierta reacción en el ámbito médico, las conclusiones de 1895 no hicieron sino enfatizar esas preocupaciones, brindándose nuevas formas de explicación. En 1869 se había observado que “las provincias que tienen más dementes, monomaniacos, cretinos, estúpidos, etc.,

⁴⁷ Rodríguez Ocaña, *Por la salud*, 1992, p. 12-16.

⁴⁸ Sobre la relación entre estadística, sociedad y Estado en Argentina durante el siglo XIX y principios del XX véanse González Bollo, “Estado”, 1999, p. 23-42, y Otero, “Demografía”, 1999, p. 43-70.

Cuadro 2
HABITANTES CON BOCIO E IDIOTISMO
(números absolutos y porcentajes)

| DISTRITO | BOCIO | | IDIOTISMO | | | | | |
|-------------------------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1869 | % | 1895 | % | 1869 | % | 1895 | % |
| 1. Capital | 38 | | 74 | | 120 | | 247 | |
| 2. Buenos Aires | 78 | | 194 | | 429 | | 393 | |
| 3. Santa Fe | 18 | | 82 | | 80 | | 109 | |
| 4. Entre Ríos | 69 | | 114 | | 186 | | 164 | |
| 5. Corrientes | 242 | | 105 | | 325 | | 135 | |
| <i>Total Región Litoral</i> | <i>415</i> | <i>8</i> | <i>569</i> | <i>9</i> | <i>1140</i> | <i>27</i> | <i>1048</i> | <i>41.6</i> |
| 6. Córdoba | 135 | | 85 | | 373 | | 195 | |
| 7. San Luis | 58 | | 159 | | 171 | | 59 | |
| 8. Santiago del Estero | 47 | | 72 | | 107 | | 84 | |
| <i>Total Región Centro</i> | <i>249</i> | <i>5</i> | <i>309</i> | <i>4.8</i> | <i>651</i> | <i>15.4</i> | <i>338</i> | <i>13.4</i> |
| 9. Mendoza | 1774 | | 2125 | | 332 | | 222 | |
| 10. San Juan | 64 | | 26 | | 139 | | 65 | |
| 11. Rioja | 316 | | 322 | | 156 | | 17 | |
| 12. Catamarca | 222 | | 786 | | 247 | | 109 | |
| <i>Total Región Oeste</i> | <i>2376</i> | <i>46</i> | <i>3259</i> | <i>50.2</i> | <i>874</i> | <i>20.6</i> | <i>463</i> | <i>18.4</i> |
| 13. Tucumán | 602 | | 456 | | 402 | | 195 | |
| 14. Salta | 1002 | | 1160 | | 811 | | 282 | |
| 15. Jujuy | 535 | | 570 | | 345 | | 144 | |
| <i>Total Región Norte</i> | <i>2139</i> | <i>41</i> | <i>2186</i> | <i>34</i> | <i>1558</i> | <i>37</i> | <i>621</i> | <i>24.6</i> |
| <i>Territorios Nacionales</i> | | - | 135 | 2 | - | - | 50 | 2 |
| <i>TOTAL</i> | <i>5200</i> | <i>100</i> | <i>6458</i> | <i>100</i> | <i>4223</i> | <i>100</i> | <i>2520</i> | <i>100</i> |

Fuente: *Segundo Censo de la República Argentina*, mayo 10 de 1895, Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, t. I y II, 1898. Elaboración propia.

son Salta y Jujuy, ocupando el extremo opuesto Santa Fe y Santiago del Estero". Los que tienen bocio aparecen en alta proporción en Mendoza, La Rioja, Tucumán, Salta y Jujuy y en menor proporción en Buenos Aires, Santa Fe y Santiago⁴⁹.

En relación con la cantidad de población y la proporción de discapacitados mentales es preciso señalar que, en 1869, cuando el país contaba con 1 877 490 habitantes, las personas discapacitadas mentalmente de las provincias del Litoral sumaban 1 140 (135 cada

⁴⁹ *Primer Censo*, 1872, p. XLIII.

cientos mil), mientras que en la región Norte en la misma época había 1 558 (654 cada cien mil). En 1895, el número total de “idiotas” había disminuido en 2 520 personas. Considerando que la población argentina había aumentado a 4 094 911 habitantes, 64 cada cien mil sufrían disminución mental de leve a severa, lo cual era un índice medio con respecto a los países de población europea. Pero si se diferenciaban esas cifras por regiones, se advertían diferencias de rango substanciales, ya que el Litoral, la región más poblada en ese momento, tenía un total de 1 048 (42 cada cien mil), la región Andina de 463 personas (129 cada cien mil) y el Norte 621 (162 cada cien mil).⁵⁰ Con respecto al bocio, en 1895 se citaban 6 674 casos en todo el país (163 cada cien mil), pero en algunas provincias la cifra era muy superior (2 125 en Mendoza y 1 160 en Salta).

En el caso del *Segundo Censo*, la información se había sistematizado bajo la categoría general de “Población de acuerdo a sus defectos físicos y psíquicos”, considerando separadamente bocio, idiocia y demencia, pero sin discriminar nuevamente cretinismo de idiocia, ya que se la asimilaba directamente al bocio. La disminución del número de idiotas (de 243 a 64 cada cien mil) se vinculaba con el progreso, del cual el mismo censo creía ser una prueba patente. Así, un tanto ingenuamente, se señalaba que “es de suponerse que han concurrido para ese mejoramiento, entre diversos factores, los adelantos higiénicos de la civilización moderna llevados al interior por las vías férreas construidas todas con posterioridad al *Primer Censo Nacional*”.⁵¹

Pero el bocio continuaba siendo importante en las provincias de Cuyo y del Norte y el número de casos había aumentado, tal como los mismos demógrafos lo hacían conocer. Para los demógrafos, la concentración de la idiocia en las provincias del Norte y de la región Andina se debía a la menor influencia de la inmigración. Los extranjeros eran en general personas sanas y de complexión robusta, que se situaban preferentemente en el Litoral, donde los casos de idiocia eran menos. Por otra parte, también se constató que el bocio se presentaba en mayor proporción entre los nativos que entre los extranjeros.

Esta cuestión había sido tratada, aunque no en forma estadística, por algunos de los articulistas de la *RMQ* durante el año 1877. Lemos había señalado que los extranjeros no sufrían nunca el bocio; se trataba siempre de una dolencia propia de los argentinos⁵², tanto es así

⁵⁰ *Segundo Censo*, 1898, p. LXXI. En las comparaciones internacionales se señalaba que Australia tenía 25 idiotas cada cien mil habitantes, Estados Unidos 153 y Gran Bretaña 129.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² Lemos, “El bocio”, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 326.

que otro médico hizo, al final de su comentario, una solicitud para que se la estudiase como una de las enfermedades propias del país, en un afán de construir una medicina patriótica.⁵³

Cierta impresión positiva de la inmigración, evidenciada en estos textos y característica de la Argentina del lema alberdiano, “gobernar es poblar”, comenzó a diluirse ante la visión del peligro inmigrante pero no a raíz de la idiocia, del cretinismo o del bocio sino de la demencia. En muchos casos, se trató de una visión dual, ya que el *Segundo Censo* expresaba al mismo tiempo el carácter benéfico de la inmigración y la existencia de un porcentaje mayor de alienados entre los extranjeros a consecuencia del alcoholismo, “vicio” externo al carácter argentino y por lo tanto propio de países y culturas diferentes.⁵⁴

Ahora bien, de acuerdo con las cifras anteriores de bocio, el *Segundo Censo* bregaba por su estudio especializado a fin de disminuir el mal, dado que se trataba de una patología sobre la cual todavía existían muchas lagunas. Pero curiosamente el *Tercer Censo*, realizado en 1914, eliminó esta categoría y también la de idiocia y demencia. En las instrucciones a los empadronadores (por otra parte, empleados estatales y no vecinos), se especificaba que, en la pregunta n. 17, debían inquirir a los individuos censados lo siguiente: “¿Es enfermo?, ¿es sordomudo?, ¿es ciego?”⁵⁵

Los funcionarios encargados de la organización del *Tercer Censo* expresaban que en la categoría de “Defectos psíquicos y físicos” habían eliminado, entre otros grupos, a los “incapacitados intelectualmente, que se denominan idiotas” porque su número era tan reducido que no merecía una mención especial. Y tampoco tenía lugar la categoría de afectados de bocio, ya que las mejoras sanitarias, sobre todo la provisión de agua, habían también suprimido a esos enfermos en la “realidad”, de la cual el censo daba exacta cuenta.⁵⁶

Por el contrario, el *Tercer Censo* incorporó la categoría “enfermo”, definiendo como tal a aquel que “guarda cama” el día del recuento. El punto a debatir es cómo se supo que la cantidad de casos con respecto a idiocia/bocio/demencia iba a ser tan reducida si no se consultó sobre ellos, y los empadronadores no tenían dónde consignarlos en las fichas personales. Se trata de una contradicción importante, habida cuenta que en 1895 parecía existir un interés por determinar las causas de la persistencia del bocio, al mismo tiempo que se mostraba cierta preocupación por la información referida a demencia e idiocia.

⁵³ Morales, *Revista Médico-Quirúrgica*, 1877, p. 175.

⁵⁴ *Segundo Censo*, 1898, p. LXIII.

⁵⁵ *Tercer Censo*, 1916, p. 25.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 269.

Por otra parte, la categoría global de reemplazo (“enfermos”) tampoco se mostró útil para el análisis. Si el principal objetivo era borrar, al menos del discurso estadístico, los “estigmas de degeneración”, mostrando al país como ejemplo de salud y bienaventuranza, una cantidad desmedida de enfermos no constituía la mejor manera, tal como notaron los mismos encargados de elaborar las conclusiones del *Tercer Censo* al comparar los datos con las demás “naciones civilizadas” del globo.⁵⁷ En este punto, es interesante observar una postura diferente, evidenciada en el discurso médico-psiquiátrico que negaba las óptimas condiciones de la población argentina y advertía acerca de los problemas presentes y futuros de nativos y extranjeros.

Locos extranjeros e idiotas nativos: hacia el paradigma de la inferioridad del interior

José Ingenieros, famoso psiquiatra argentino, fue uno de los que prestó mayor atención a esta cuestión, vinculando el aumento de la demencia a las posibilidades negativas abiertas por la inmigración. Por otra parte, junto con el bocio, la discapacidad mental se consideró una de las pruebas del desarrollo anormal de la población nativa en el interior argentino.⁵⁸

La preocupación de Ingenieros estaba dirigida a la observación comparativa de los dos fenómenos, locura e idiocia, para lo cual contaba, en primer lugar, con la obra de los médicos Emilio Coni y Lucio Meléndez. Esta obra, escrita en 1880, sistematizó en parte la información censal de 1869, agregando datos de primera mano de instituciones hospitalarias.⁵⁹ Dichas instituciones eran, para muchos especialistas, manifiestamente escasas para las necesidades naciona-

⁵⁷ *Ibidem*, p. 271.

⁵⁸ Sobre José Ingenieros existe una abundante literatura. Véase al respecto Vezzetti, *Locura*, 1985; Vezzetti, *Nacimiento*, 1988 y Vezzetti, *Freud*, 1996. Ingenieros, discípulo de Ramos Mexía, introductor de la antropología criminal italiana en el país y profesor, fue asimismo director del Servicio de Observación de Alienados en Buenos Aires. Parte de sus ideas sobre alienados y retardados puede encontrarse en sus obras *La locura en la Argentina* (1920), *Histeria y sugestión* (1907) y *Simulación de la locura* (1918). Fundó además los *Archivos de Psiquiatría*, primera revista argentina sobre esta temática.

⁵⁹ Coni y Meléndez, *Consideraciones*, 1880. En ese momento, se carecía en el país de psiquiátricos o “asilos de alienados”, salvo el Hospicio de las Mercedes, dependiente de la municipalidad de Buenos Aires para varones y el Hospicio de Alienadas, dependiente de la Sociedad de Beneficiencia, para internadas mujeres. En 1884, se fundó en La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires, el Hospital Melchor Romero, psiquiátrico mixto, y en 1901, el Asilo Colonia en Luján. Otros dos asilos, uno en Córdoba y otro en Santa Fe, completaban el panorama de atención psiquiátrica en el país. Véase Coni, “Higiene”, 1901, p. 20-111.

Cuadro 3.
ALIENADOS POR
DISTRITO (números
absolutos)

| DISTRITO | 1869 | 1895 |
|----------------------------------|-------------|-------------|
| Capital | 483 | 1102 |
| Buenos Aires | 496 | 469 |
| Santa Fe | 117 | 56 |
| Entre Ríos | 233 | 141 |
| Corrientes | 228 | 122 |
| <i>Total Región Litoral</i> | <i>1562</i> | <i>1860</i> |
| Córdoba | 568 | 217 |
| San Luis | 248 | 44 |
| Santiago del Estero | 154 | 65 |
| <i>Total Región Centro</i> | <i>970</i> | <i>326</i> |
| Mendoza | 330 | 82 |
| San Juan | 106 | 42 |
| La Rioja | 262 | 46 |
| Catamarca | 129 | 85 |
| <i>Total Región Oeste Andina</i> | <i>827</i> | <i>255</i> |
| Tucumán | 247 | 63 |
| Salta | 194 | 53 |
| Jujuy | 203 | 30 |
| <i>Total Región Norte</i> | <i>644</i> | <i>146</i> |
| <i>Territorios Nacionales</i> | - | 30 |
| TOTAL | <i>4003</i> | <i>2647</i> |

Fuente: *Segundo Censo de la República Argentina*, mayo 10 de 1895, Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, t. I y II, 1898. Elaboración propia.

les, habida cuenta del incremento de las enfermedades mentales, producto de un ambiente urbano insalubre, propio para la generación de neuropatías, y del aporte morboso externo, que incorporaba a la población los estigmas de degeneración.

Para Coni y Meléndez, las provincias del Norte, sobre todo Salta, eran las que presentaban el mayor número de idiotas/cretinos, mientras que los alienados representaban la mayor proporción dentro de la población de La Rioja. Ingenieros, que retomó años después estas estadísticas, tenía explicaciones para estas cifras disímiles y para

la distribución tanto de alienados como de idiotas en Argentina. Los enfermos mentales eran adultos y los deficientes mentales eran menores y por ello había más inmigrantes dentro de los primeros y más nativos entre los segundos, aplicando en esta evaluación criterios disímiles pero que contenían ambos un fuerte prejuicio racial.

La cuestión de las instituciones para la atención de discapacidades mentales merece una aclaración. Tal como en otros países, donde se generalizó el paradigma de la degeneración, existió entre los especialistas médicos argentinos cierto pesimismo con respecto a la recuperación de estos enfermos.⁶⁰ En Argentina, los afectados de idiocia/cretinismo no recibían prácticamente ayuda médica, estatal o privada. Según lo expresado por Ingenieros, los alienados de las provincias eran ubicados en los principales centros de la Capital, mientras que “no ocurre lo mismo con los retardados, la casi totalidad permanece en su población de origen, especialmente los llamados ‘opas’ de la región del Norte”. De acuerdo con el lenguaje popular que se tomaba como definición científica aceptable, “los retardados de color (opas) son todos indios o mestizos”.⁶¹

En los censos de 1895 y 1914 se realizó de manera simultánea al empadronamiento individual un censo de instituciones. Pero, en el segundo caso, no se señalaba la información recabada en asilos u hospicios. En 1920, de acuerdo a estadísticas propias y a proyecciones generales calculadas sobre la población, Ingenieros daba un número aproximado de 10 400 retardados, estableciendo claramente una diferenciación de raza. Para él, los retardados y disminuidos “blancos” reclusos en asilos especializados sumaban 1 400, los no reclusos 6 500 y los “retardados de color (opas)” 2 500.

La forma en que este psiquiatra elaboró esta última información requiere de otra puntualización, porque no era posible obtenerla de memorias o de estadísticas parciales y tampoco de los registros censales, que no recopilaban desde el año 1895 las cifras de los “opas”, es decir, los “idiotas” mestizos o indios del interior no reclui-

⁶⁰ En general, se consideraba que poco podía hacer la medicina por ellos, considerándolos como fracasos, por lo que los avances en el cuidado y curación de los mismos fueron lentos. Las modificaciones en esta cuestión recién aparecieron con las investigaciones acerca del metabolismo y los rodeos para evitar vías defectuosas a partir de terapias en los embarazos o en recién nacidos, sobre todo, con los estudios de Folling sobre la incidencia gestacional de la fenilcetonuria en los años cuarenta. Véase Freedman *et al.*, *Tratado*, 1982, p. 1295. A modo de ejemplo de este abandono científico en el ámbito nacional, las tesis presentadas en Buenos Aires en la Facultad de Ciencias Médicas durante el periodo 1906-1919 sobre el tema fueron dos: “El idiotismo” de Raúl Álvarez (1915) y “Los débiles de espíritu” de Ángel A. Masciotra (1918), mientras que las tesis sobre alienismo en la misma época fueron treinta y seis.

⁶¹ Ingenieros, *Locura*, 1920, p. 232.

dos en asilos. Cuando Ingenieros escribió su obra, veinticinco años después del censo de 1895, debió tener en cuenta, además de otras modificaciones demográficas, que muchos de aquellos “idiotas” habrían fallecido o pudieran haberse trasladado. Las “proyecciones”, por lo tanto, no son más que construcciones discursivas para enfatizar el carácter de pasividad e inmovilidad de un colectivo de enfermos, que se incrementaba año a año con base en un índice inicial, por otra parte, altamente dudoso: los “opas” censados, tal como los cretinos e idiotas “blancos”, tenían su sambenito colgado por empadronadores no necesariamente especialistas en medicina; bastaban algunos rasgos externos, como la apariencia indígena y la negación al trabajo o la pasividad para ser incluido en esta categoría.

Para Ingenieros existía una clara relación entre retardo mental y población nativa, indígena o indo-española, y por ello observaba porcentajes de idiocia mayores en Salta, Jujuy y Tucumán donde no existía la afluencia masiva de inmigrantes. Por lo tanto, las cifras de afectados de idiocia convencían a muchos intelectuales del papel benéfico de la población extranjera, ya que su ingreso había llevado a la disminución de los retardos mentales congénitos, aunque, a la vez, había introducido nuevas problemáticas de estudio, a raíz del supuesto desarrollo de la locura.⁶²

También el médico Lucas Ayarragaray, uno de los exponentes de las doctrinas de Spencer y Comte en la Argentina, se hizo eco de esta cuestión al explicar las enfermedades y disfunciones mentales y físicas de la población mestiza argentina, poniendo como ejemplo la “idiotía y el boscio”. Ayarragaray planteaba mecánicamente una relación entre la constitución étnica y la degeneración física y mental, en virtud de un esquema evolutivo similar al que se aplicó para los indígenas argentinos, desaparecidos en su mayoría a partir de las campañas militares.⁶³

Al respecto, el alienista Lucio Meléndez, director del Hospicio de las Mercedes en la década de los años ochenta, no encontraba casos de neurosis, melancolías u otras neuropatías entre los indios recluidos en el asilo psiquiátrico, considerando que en realidad estaban allí por ser habitantes de la Cordillera, donde los casos de cretinismo eran muy frecuentes.⁶⁴ Nuevamente, cretinismo y bocio endémico se confunden, para configurar un estereotipo étnico anormal, localizado en el interior argentino.

⁶² *Ibidem*, p. 233-234. Véanse asimismo Ameghino, “Datos”, 1923, p. 170-212, y Ameghino, “Carácter”, 1923, p. 494-504.

⁶³ Ayarragaray, “Constitución”, 1912.

⁶⁴ Meléndez, “Indígenas”, 1880, p. 34-35.

A principios del siglo XX, Ayarragaray expresaba que había aún en Argentina una enorme masa de la población que no producía ni consumía; habitantes vagos e indolentes, capaces de pasarse horas en actitudes inmóviles o hieráticas, “alcoholistas la mayoría y de una moralidad y pudor rudimentarios, viviendo como acontece en promiscuidad bestial, epilépticos muchos, cretinos é idiotas (opas) y en gran parte débiles mentales, en una palabra, seres antisociales y degenerados por causa étnica”.⁶⁵ Retomando las teorías eugenésicas, aseguraba que la deformación física y mental se transmitía por vía hereditaria en todos los casos, y conformaba un núcleo de población que, de no mediar la intervención estatal, conduciría a la nación a la ruina demográfica y a cerrar un futuro de progreso enraizado en la “raza blanca”.

Al analizar cada uno de estos puntos, Ayarragaray señalaba que la epilepsia se producía por combinaciones étnicas degenerativas: “Lo mismo acontece con la idiotía y el bocio, ya se trate de verdaderos idiotas [...] o de imbéciles capaces de aprender a leer, que no exigen sino una inteligencia rudimentaria, como acontecía con algunas provincias del interior, donde el opa y el cotudo, cuando no llegaban a los últimos grados de degeneración, eran el elemento que desempeñaba el servicio doméstico y todas las pequeñas actividades de la vida urbana y rural.” Estos pobres seres se desempeñaban como servidores y hasta bufones de las grandes familias. Aún a finales del siglo XIX, era posible verlos en las calzadas y veredas de las ciudades del interior, babeando y cubiertos de moscas.⁶⁶

La cuestión del espacio donde supuestamente se concentraban los cotudos y “opas” dio lugar a un prejuicio racial y social acerca de la población rural del interior, considerablemente extendido entre los científicos positivistas y, en general, el sector urbano y culto. Los habitantes del interior argentino se consideraban con un desarrollo mental y físico inferior al de las ciudades, tal como lo atestiguan las obras de otros importantes intelectuales, como José María Ramos Mexía y Carlos Octavio Bunge.⁶⁷

El primero, higienista destacado, ejemplificaba con los caudillos provincianos Quiroga y Artigas, la imperfección y el atavismo y señalaba en Juan Manuel de Rosas la manía homicida y la degeneración mórbida.⁶⁸ Además, consideraba que existía una total diferencia entre la población del interior, mezcla brutal de indios y gauchos y la de las

⁶⁵ Ayarragaray, “Constitución”, 1912, p. 31.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 38.

⁶⁷ Véanse Ramos Mexía, *Neurosis*, 1915; Ramos Mexía, *Multitudes*, 1974, y Bunge, *Nuestra*, 1926.

⁶⁸ Ramos Mexía, *Neurosis*, 1915, p. 136 y 175.

ciudades del litoral, sobre todo Buenos Aires, donde se asentaron los núcleos europeos. Ramos Mexía hablaba así de “dos razas distintas que se ignoraban la una a la otra por un alejamiento colosal”.⁶⁹

Por su parte, a partir de la sociología y la psicología, el jurista Bunge analizaba los caracteres psicológicos americanos considerando negativamente el hibridismo que, en el caso de la unión entre hispanos, negros e indios, daba lugar a los mestizos, raza totalmente degenerada. El peligro de estos sectores estaba atestiguado por el ciego seguimiento a la montonera caudillista, formando parte del conjunto de “semiindios y gauchos rurales” de la campaña.⁷⁰ Lucas Ayarragaray estaba de acuerdo con estas ideas, tal como las expuso en otra de sus obras, *La anarquía argentina y el caudillismo*, en la que caracterizaba al caudillo como el reflejo de sus coetáneos, es decir de las muchedumbres analfabetas mestizas que eran, a la vez, fiel exponente del atraso político del país.⁷¹

El estigma anticivilizatorio se extiende, en virtud de la dualidad planteada por el famoso texto de Sarmiento, *Facundo*, a toda la población rural, a esa masa indiferenciada que fue la base de los ejércitos federales. Por lo tanto, en las distintas menciones acerca de un número alto de personas con bocio así como de otras con disminución mental, quizás estuviera latente una oposición “histórica” a la campaña, a un “interior” vagamente esbozado pero que se percibía peligroso, contrario al desarrollo económico y social propio de las grandes urbes del Litoral, junto con el estigma racial que acompañaba a esta caracterización.

REFLEXIONES FINALES

El estudio de los discursos científicos sobre una enfermedad no constituye una entidad aislada del conjunto de factores que le dio origen, sustento teórico y apoyo académico. Estas consideraciones científicas sobre bocio y cretinismo tienen sentido en la medida en que se observa, paralelamente, el desarrollo histórico y el contexto socio-cultural ya que inciden sobre la población del interior desde las representaciones cultas del litoral urbano, como un ejemplo más de la simplicidad y el barbarismo provinciano. De todas maneras, es preciso destacar la preocupación de los especialistas por analizar una

⁶⁹ Ramos Mexía, *Multitudes*, 1974, p. 153-154. Esta obra fue publicada por primera vez en 1899.

⁷⁰ Bunge, *Nuestra*, 1926, p. 158 y 172.

⁷¹ La obra fue publicada en 1904. Véase al respecto Buchbinder, “Caudillos”, 1998, p. 41.

patología, identificando a determinados grupos de riesgo y también por encontrar una explicación a diferencias regionales sanitarias en el conjunto nacional, lo cual implica una búsqueda temprana para hallar la racionalidad científica de un hecho que era difícil de explicar y, a la vez, reflexionar con una visión renovadora sobre los problemas sociales del interior argentino.

Como se ha señalado, el aparato estadístico utilizado durante la etapa de formación de los estados actuó definiendo matrices mentales y discursivas con un determinado papel simbólico en la creación de una imagen de la sociedad y de la nación. Esta situación, estudiada en el caso de la construcción étnica nacional,⁷² también puede aplicarse en otros ámbitos, como el de la salud y la enfermedad, sobre todo si se destacan determinados conjuntos demográficos y se enfatiza la morbilidad geográfica.

En el caso de las conexiones entre bocio-cretinismo e idiocia, puede observarse en principio una integración en la estadística censal de la patología de forma tal que hacía difícil la localización médica del bocio. Así, “cretinos”, “idiotas” y “opas”, de acuerdo a la definición de 1869 dentro de la macrocategoría “caracteres especiales” de la población, configuraban un conjunto que complicó a los médicos que se basaron en ella para el análisis solicitado por la *RMQ* en 1877. Si bien se sabía que el bocio no siempre conducía al cretinismo y que por lo tanto convenía separarlo de otras formas de incapacidad mental, bociosos con cretinismo eran difícilmente distinguibles de la idiocia para los encargados de empadronar a la población.

En 1869, el Primer Censo los unificó, considerando sin embargo que era preciso aclarar de qué grupo se trataba. En 1877, los médicos se quejaron de las dificultades de esta unificación, que dejaba librada a la interpretación personal quiénes eran cretinos (con bocio y retardo) y quienes eran idiotas (sin bocio y con retardo). El censo de 1895 borró esta separación, sin que se consideraran los cretinos pero sí los que sufrían bocio e idiocia, dos categorías que estaban englobadas dentro de “población con defectos”.

Lo que sí sucedió fue la constitución de categorías raciales: los “opas”, grupo de mestizos e indios con retardo mental, se separaron progresivamente de idiotas y cretinos blancos; son reconocidos sin problemas en la bibliografía médica citada de principios del XX y sin que se discutiera seriamente esta afirmación, tal como sucedió con otras que vinculaban bocio-cretinismo con el sexo femenino e idiocia con el masculino, en virtud de supuestas diferencias neurológicas.

⁷² Otero, “Estadística”, 1997-1998, p. 124.

El progreso ininterrumpido de nueve años condujo, en el Censo de 1914, a eliminar bocio, “idiotas” y también, de paso, a borrar alienados, inválidos y por supuesto “cretinos” y “opas”. Una imagen salúfera y optimista, a la par que autoritaria, domina esta construcción censal. Los “retardados” mentales fueron quizá clasificados como “enfermos”, si guardaban cama, pero no se sabe en qué categoría si vagaban por las ciudades o pasaban sus horas hieráticos bajo el sol, llenos de moscas y suciedad, y si no eran ciegos ni sordos, otras dos únicas opciones para los “defectos” demográficos argentinos.

Sobre esta cuestión se preguntaron los médicos, que no siempre acordaban con las respuestas de los demógrafos. En 1914, los avances sanitarios —por otra parte, muy limitados en el interior argentino— hacían pensar a los funcionarios encargados de la estadística nacional en la resolución inmediata de la morbilidad y en el inicio de un proceso de mejoramiento ilimitado, en un país fecundo y sano. Bocio y cretinismo perdieron su connotación racial, social y de género, pero también perdieron “realidad”, en la medida en que desaparecieron de un plumazo, desdibujados por el entusiasmo censal del Centenario.

Pero la disminución de la mortalidad, debida sobre todo a la aplicación de avances higiénicos que tuvieron como consecuencia la desaparición de enfermedades infecciosas, no significó, para un conjunto importante de especialistas, un triunfo total sobre la muerte y la enfermedad. Por el contrario, las doctrinas que enfatizaban la intervención científica sobre el medio ambiente, propias de la segunda mitad del XIX, dieron paso a una nueva percepción, propia de principios del XX.

Progresivamente, se consideró que no todas las dolencias podían solucionarse con agua filtrada, limpieza, decoro moral y respeto por las reglas de higiene personal. El cambio de clima, ya que según la interpretación orográfica la localización era nefasta para el bocio-cretinismo, la medicación popular, el cuidado de la humedad y de los miasmas malignos, que infectaban los medios naturales no eran tampoco suficientes para nuevas visiones médicas de la enfermedad, la cual perdió su carga ambiental y adquirió otras connotaciones, que ya estaban larvadas, enfatizándose el carácter congénito y las posibilidades de transmisión.

La salvaguarda de la raza blanca frente a la degeneración progresiva, producto del avance de las teorías eugenéticas en el ámbito nacional, vio en la idiocia y el cretinismo males que difícilmente se evitarían con el higienismo y que también eran imposibles de curar. La herencia de enfermedades congénitas aparecía como una realidad,

probada además en el ámbito nacional por la geografía médica y la estadística. Así, se designó a un porcentaje de los provincianos como enfermos y, a la vez, como vagos e inútiles, lo cual permitía construir, en una diferencia inferiorizante, al otro, en este caso, el habitante del interior, mezcla singular de criollos e indígenas. Por otra parte, esta consideración negativa implicó la extensión de políticas de control laboral sobre los trabajadores, frente a quienes era necesario imponer como obligación el trabajo, aunque fuese mal remunerado.

Como corolario, es preciso señalar que el bocio no desapareció tan rápidamente, ni se perdió la relación fuertemente establecida décadas antes entre esta enfermedad carencial y el prejuicio racial. Hacia 1930, en 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.⁷³ En la misma época, diversos estudios estadísticos realizados sobre escolares de las provincias “bociosas” encontraron que existía entre un 30 y 80 % de niños con esa dolencia. 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 de 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”.⁷⁴ Por otra parte, en el *Atlas* que compilaba los avances de Argentina durante el gobierno de Juan Domingo Perón, se publicó en los años cincuenta un afiche en el cual se señalaba la lucha contra el bocio endémico llevada a cabo en las provincias del Norte, de Cuyo y de la Mesopotamia, expresando que se había logrado limitarlo gracias a la entrega de miles de comprimidos de yodo.⁷⁵

La enfermedad, por lo tanto, adquirió otras connotaciones, ya que era posible prevenirla a través de una medicación relativamente fácil de administrar y accesible. Sería interesante analizar, lo que no se puede más que proponerse aquí, si las transformaciones sanitarias de los años cuarenta y cincuenta, incluidas dentro de profundos cambios a nivel social, político y económico, también modificaron el imaginario médico y estadístico, construyendo una visión diferente de los pacientes bociosos.

⁷³ Aguirre, “Higiene”, 1932, p. 176.

⁷⁴ Congreso, 1947, p. 663-664.

⁷⁵ Argentina, *La Nación Argentina*, 1950, p. 49.

REFERENCIAS

Fuentes primarias y hemerografía

Archivos de Psiquiatría y Criminología aplicada a las ciencias afines, Buenos Aires, 1902-1912.

Boletín del Museo Social Argentino, Buenos Aires, 1912-1935.

Primer Censo de la República Argentina, 15-17 de setiembre de 1869, Buenos Aires, Imprenta El Porvenir, 1872.

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

Revista Médico-Quirúrgica (RMQ), Buenos Aires, 1864-1888.

Segundo Censo de la República Argentina, mayo 10 de 1895, t. II: Población, Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 1898.

Tercer Censo de la República Argentina, 1914, t. IV: Población, Buenos Aires, Imprenta Rosso y Cía, 1916.

Bibliografía

ACKERKNECHT, Erwin, *Breve historia de la psiquiatría*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Guada Litografía, 1993.

AGUIRRE, "La higiene mental y las toxicomanías", en *Boletín del Museo Social Argentino*, 1932.

AMEGHINO, Arturo, "Datos para la profilaxis mental en la República Argentina", en *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, 1923, p. 170- 212.

———, "Carácter y extensión de la locura en diversas regiones de la República Argentina", en *Revista Argentina de Neurología*, 1923, p. 494-504.

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

ARMUS, Diego, "El descubrimiento de la enfermedad como problema social", en Mirta Z. Lobato (dir.), *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000, p. 507-551.

AYARRAGARAY, Lucas, "La constitución étnica y sus problemas", en *Archivos de Psiquiatría y Criminología*, año XI, 1912.

- BERRIOS, German, "Mental Retardation", en German Berrios y Roy Porter, *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*, London, The Athlone Press, 1995, p. 225-238.
- BUCHBINDER, Pablo, "Caudillos y caudillismo: una perspectiva historiográfica", en Noemí Goldman y Ricardo Salvatore (comps.), *Caudillismos rioplatenses. Nuevas miradas a un viejo problema*, Buenos Aires, EUDEBA, 1998, p. 31-50.
- BUNGE, Carlos Octavio, *Nuestra América*, Madrid, Espasa-Calpe, 1926.
- CAMPI, Daniel, "Economía y sociedad en las provincias del Norte", en Mirta Z. Lobato (dir.), *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites, (1880-1916)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000, p. 73-118.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo *et al.* (comp.), *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la restauración (1876-1923)*, Madrid, CSIC, 2000.
- CONI, Emilio y Lucio Meléndez, *Consideraciones sobre la estadística de la enajenación mental en la Provincia de Buenos Aires*, Memoria leída en el Congreso Internacional de Ciencias Médicas de Amsterdam, Buenos Aires, 1880.
- CONI, Emilio, "Higiene y salubridad en la República Argentina", en *I Congreso Médico Latino-Americano*, Santiago de Chile, 1901.
- , *Progrès de l'hygiène dans la République Argentine*, Paris, Libraire J. B. Baillièrre, 1887.
- CORREA, Alejandra, "Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX", en Fernanda Gil Lozano *et al.*, *Historia de las mujeres en la Argentina. Colonia y siglo XIX*, Buenos Aires, Aguilar-Altea-Taurus, 2000, p. 192-213.
- DE MOUSSY, Martin, *Description Géographique et stadistique de la Confédération Argentine*, 4 v., Paris, Libraire de Fermin Didot et frères, 1860-1869.
- DI LISCIA, María Silvia, *Saberes, terapias y prácticas indígenas, populares y científicas en Argentina (1750-1910)*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Colección Biblioteca de Historia de América, 2003.
- DI LISCIA, María Silvia y María José Billorou, "Locura y crimen en el discurso médico-jurídico. Argentina, Territorio Nacional de la Pampa, ca. 1900", *Centro de Estudios La Mujer en la Historia de América Latina*, Lima (en prensa).
- Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, "Periodo extraordinario: 30-1-1947 a 20-3-1947", Buenos Aires, Imprenta del Congreso de la Nación, t. x, 1948.



- Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland*, Madrid, Emalsa, t. 1, 1985.
- DÖRNER, Klaus, *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*, Madrid, Taurus, 1974.
- FREEDMAN, M. *et al.*, *Tratado de Psiquiatría*, t. I y II, Barcelona, Salvat, 1982.
- GONZÁLEZ BOLLO, Hernán, "Estado, ciencia y sociedad: Los manuales estadísticos y geográficos en los orígenes de la Argentina moderna, 1852-1876", en *Anuario IEHS*, n. 14, 1999, p. 23-42.
- GOULD, Stephen Jay, *La falsa medida del hombre*, Barcelona, Antoni Bosch Editor, 1984.
- GUY, Donna, "Madres vivas y muertas. Los múltiples conceptos de la maternidad en Buenos Aires", en Daniel Balderston y Donna J. Guy (comps.), *Sexo y sexualidades en América Latina*, Buenos Aires, Paidós, 1997, p. 231-256.
- HUERTAS GARCÍA ALEJO, Rafael, *Clasificar y educar. Historia natural y social de la deficiencia mental*, Madrid, CSIC, 1998 (Cuadernos Galileo de Historia de la Ciencia).
- , *Locura y degeneración*, Madrid, CSIC, 1987 (Cuadernos Galileo de Historia de la Ciencia).
- INGENIEROS, José, *Histeria y sugestión. Estudios de psicología clínica*, Valencia, Prometeo, 1907.
- , *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Cooperativa Editorial Limitada, 1920.
- , *Simulación de la locura. Ante la criminología, la psiquiatría y la medicina legal*, Buenos Aires, Talleres Gráficos Argentinos, 1918.
- LOMBROSO, Cesare, "Antropometría y fisonomía de los criminales. Tipo criminal", en José Luis Peset y Mariano Peset (sel.), *Lombroso y la escuela positivista italiana*, Barcelona, Instituto Arnau de Vilanova, CSIC, 1975, p. 422-441.
- MANTEGAZZA, Paolo, *Cartas médicas sobre la América Meridional*, t. I y II, Buenos Aires, Imprenta y Casa Editora Coni, 1949.
- MELÉNDEZ, Lucio, "Los indígenas y la locura", en *Revista Médico Quirúrgica*, 1880.
- MOREL, Bénédict, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'especè humaine et des causes qui produisent ces variétés maladies*, Paris, Chez J. B. Baillièrre, 1857.
- NOUZEILLES, Gabriela, "Políticas médicas de la histeria. Mujeres, salud y representación en el Buenos Aires de fin de siglo", en *Mora. Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género* 5, octubre, 1999, p. 97-110.



- OTERO, Hernán, "Estadística censal y construcción de la nación. El caso argentino, 1869-1914", en *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana 'Dr. Emilio Ravignani'*, Tercera Serie, n. 16-17, 2do semestre de 1997 y 1ero de 1998, p. 123-149.
- , "Demografía política e ideología estadística en la estadística censal argentina, 1869-1914", *Anuario IEHS*, n. 14, 1999, p. 43-70.
- PICK, Daniel, *Faces of Degeneration. A European Disorder, c. 1848-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.
- RAMOS MEXÍA, José M., *Las multitudes argentinas*, Buenos Aires, Editorial Biblioteca, 1974.
- , *Las neurosis de los hombres célebres en la República Argentina*. Buenos Aires, La Cultura Argentina, 1915.
- RAWSON, Guillermo, *Escritos científicos*, Buenos Aires, W. W. Jackson Inc., 1953.
- ROCCATAGLIATA, Juan, *La Argentina. Geografía general y marcos regionales*, Buenos Aires, Planeta, 1988.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*, Madrid, Akal, 1992.
- ROJAS, Nerio, *Medicina Legal*, Buenos Aires, Librería el Ateneo, 1953.
- THOM, Deborah, "Mental Retardation", en German Berrios y Roy Porter, *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*, London, The Athlone Press, 1995, p. 251-258.
- URÍAS HORCASITAS, Beatriz, *Indígena y criminal. Interpretaciones del derecho y la antropología en México, 1871-1921*, México, Universidad Iberoamericana, 2000.
- VEZZETTI, Hugo, *El nacimiento de la psicología en Argentina. Pensamiento psicológico y positivismo*, Buenos Aires, Puntosur, 1988.
- , *Freud en Buenos Aires*, Buenos Aires, Universidad de Quilmes, 1996.
- , *La locura en la Argentina*. Buenos Aires, Paidós, 1985.