



Quinto Sol

ISSN: 0329-2665

revistaquintosol@gmail.com

Universidad Nacional de La Pampa
Argentina

Gioia, Emma

La salud al poder. Tracoma y políticas migratorias argentinas en la primera mitad del
siglo XX

Quinto Sol, vol. 20, núm. 2, mayo-agosto, 2016, pp. 1-24

Universidad Nacional de La Pampa
Santa Rosa, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=23146917004>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



La salud al poder. Tracoma y políticas migratorias argentinas en la primera mitad del siglo XX¹

Emma Gioia²

Resumen

En este artículo se estudió la recepción de los inmigrantes con tracoma en el puerto de Buenos Aires entre 1908 y 1943, con base en las relaciones entre los discursos de los médicos y las prácticas concretas de rechazo. Analizamos las teorías de los tracomatólogos argentinos y de otras partes del mundo, para luego confrontarlas con la construcción de las categorías presentes en las estadísticas de la Dirección General de Migración durante la primera mitad del siglo XX y con las representaciones de las distintas nacionalidades de los granulosos rechazados. El estudio de los vínculos entre los discursos y las prácticas revela una sobrerrepresentación y una estigmatización de los inmigrantes sirios, al mismo tiempo que la construcción de un mito alrededor de los inmigrantes judíos, rusos, húngaros y egipcios, entre otros. Dicho imaginario está arraigado tanto en el nacionalismo como en los intercambios internacionales de los tracomatólogos sobre la etiología, la historia, la epidemiología del tracoma, y sobre los modos legales y prácticos de selección de los inmigrantes considerados deseables.

Palabras clave: tracoma; inmigración; control sanitario; políticas públicas transnacionales.

1 Este artículo retoma de manera resumida algunos puntos de mi tesis de Maestría *La santé au pouvoir. Le Trachome au début du XXème siècle et le refoulement des migrants granuleux entre 1908 et 1943*, dirigida en 2012 y 2013 por Claire Zalc y Paul-André Rosental en la Escuela Doctoral del Instituto de Estudios Políticos de París. Agradezco con todo mi respeto y admiración a todos los historiadores argentinos que me recibieron calurosamente y en particular a Carolina Biernat, María Silvia Di Liscia, Paula Bruno, Alicia Bernasconi y Hernán Otero. También mi agradecimiento en Buenos Aires a los archivistas del Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación (AGN), a las bibliotecarias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y del Centro de Estudios Migratorios Latinoamericanos (CEMLA), y de la Biblioteca Interuniversitaria de Medicina de París, así como a mi amiga filósofa Cecilia Nuin.

2 Institut d'Etudes Politiques de Paris, Sciences-Po, París, Francia. Correo electrónico: gioia.emma@gmail.com



All power to Health. Trachoma and Argentinian migration policies in the first half of the twentieth century

Abstract

In this article, we studied the reception of immigrants with trachoma in the Port of Buenos Aires between 1908 and 1943, based on the relationship between the speeches of doctors and the concrete practices of rejection. We analyze the theories of Argentine trachomatologists and elsewhere, and then compare them with the construction of categories of statistics of the Directorate General of Migration during the first half of the twentieth century and the performances of the different nationalities of the granular ones rejected. The study of the links between the discourses and practices reveals an over-representation and stigmatization of Syrian immigrants, while the construction of a myth about Jewish immigrants, Russians, Hungarians and Egyptians, among others. Such imagery is rooted in both nationalism and international exchange of trachomatologists on trachoma etiology, history and epidemiology and on legal and practical ways of selecting immigrants considered desirable.

Key words: trachoma; immigration; health inspection; transnational public policies.

Fecha de recepción de originales: 22/05/2014.

Fecha de aceptación para publicación: 16/06/2015.

La salud al poder. Tracoma y políticas migratorias argentinas en la primera mitad del siglo XX

“El estado del saber del momento sin el conocimiento de la historia, es tan poco claro como puede serlo la historia sin el conocimiento del contenido del saber del momento”.
(Fleck, 2005, p. 98).

Introducción

Al final del año 1924, Salomón Brunstein, un inmigrante rumano establecido en Buenos Aires, escribió una carta al director general de la Inmigración acerca de su esposa Debrisah Brunstein y de sus dos hijos, detenidos a bordo del vapor inglés Almanzora, que había llegado al puerto de Buenos Aires el 17 de diciembre. El navío había salido de Southampton unas tres semanas antes e hizo escalas en los puertos de Cherbourg, La Coruña, Vigo, Lisboa, Madeira, Río de Janeiro, Santos y Montevideo, y desembarcó a 690 pasajeros en el puerto de Buenos Aires, entre los cuales se contaban 455 inmigrantes:

“Con una llamada que yo mandé de Buenos Aires viene ahora mi esposa, y por desgracia no tiene libre desembarco por el niño de 5 años está atacado de una enfermedad, enfermedad que hasta Montevideo no tenía indicio alguno, encontrando aquí el Dr. Eduardo D. Berenguer que es una enfermedad peligrosa, pero no sé [una palabra ilegible] cual es ella. Según dice mi esposa, ella tendrá que volver de vuelta con sus dos hijos, pero ella no tiene a donde volver, sin pariente, sin esposo. En Buenos Aires, tiene hermanos que hace veinte años que están, y ellos se comprometen a internar al chico en un hospital hasta su completa curación, caso contrario, quiero decir que si en Buenos Aires no hay médicos que se comprometan a curarlo, se responsabilizan ellos, como al mismo tiempo me comprometo yo a llevar al niño a Rumania. Bajo el punto de vista espiritual ruegole al señor Director general de Inmigración de Buenos Aires tener piedad de un padre y de una madre que en estos momentos sienten que se les va la vida. En ud está nuestra vida, nosotros no tenemos patria, Buenos Aires es nuestra patria, nuestro hogar, todo, todo es para nosotros la capital de la República Argentina. Esperando que ud alargue nuestra vida, facilitando el libre desembarco para mi señora y los dos chicos. Dios guarde al señor Director General de Inmigración de Buenos Aires”.³

El 29 de abril de 1929, algunos años después de que el director general de la Inmigración Juan P. Ramos hubiera inscrito en el Acta de Inspección Marítima, con un lápiz de color, una “R” (por “rechazado”) al lado del nombre del niño Nussim Brunstein, quien regresó –no sabemos adónde– junto a su madre Debrisah Brunstein y a su hermano de nueve años, en virtud del artículo 32 de la ley argentina N° 876 que prohibía la entrada al país a los inmigrantes “indeseables”, la Organización Internacional del Trabajo publicó un reportaje periodístico sobre los inmigrantes granulosos, a través de su boletín *Informaciones Sociales*. Suzanne Ferrière, colaboradora del Servicio Internacional de Ayuda a los Emigrantes, investigó durante el año 1928 en el puerto de Marsella, donde transitaban millones de emigrantes provenientes de Europa, de África y de Asia, y dejó constancia de varias decenas de “transmigrantes” granulosos que pasaban por Marsella para dirigirse hacia el continente americano:

“Si en algunos países de inmigración, como Francia, no existen leyes prohibiendo la llegada de individuos que padecen tracoma, en muchos países, y particularmente en los países de América del Norte y del Sur se rechazan rigurosamente a los inmigrantes. Por eso varias veces ocurrió el hecho de que emigrantes provenientes de las regiones de Europa meridional o de Oriente Próximo donde el

3 Carta de Salomon Brunstein al director general de la Inmigración, Vapor Almanzora, Actas de Inspección Marítima. 1924. Caja 36, Expediente 20631. Departamento Archivo Intermedio, AGN, Buenos Aires.

tracoma está bastante extendido, se marcharon ya afectados por esta enfermedad y llegaron a Francia, no pudiendo seguir su viaje hacia un país americano, a falta de poder obtener una visa en este país. La mera naturaleza, muy particular, del tracoma es una fuente de complicaciones y de tribulaciones para esos inmigrantes. No solo pierden mucho tiempo, sino que además muy seguido el pasaje que compraron caduca; tienen que gastar sumas importantes de dinero para cuidarse y para su tratamiento médico. Las divergencias entre médicos en cuanto al diagnóstico de tracoma son además cosas frecuentes”.⁴

Entre esos dos momentos y durante las primeras décadas del siglo XX, el tracoma, patología ocular que de no ser curada puede provocar ceguera, fue designada como una enfermedad contagiosa y peligrosa para el bienestar de las poblaciones por un conjunto internacional de médicos, políticos, expertos, administradores, colaboradores y miembros de ligas, asociaciones y organizaciones. En Argentina, la lucha contra esta enfermedad movilizó a médicos y políticos, quienes realizaron estudios, escribieron artículos, organizaron congresos, produjeron leyes e inspeccionaron a miles de extranjeros y de argentinos en los puertos y en todo el país en el marco de diversas campañas sanitarias. Mientras tanto, las revoluciones técnicas e industriales aceleraban la urbanización de las sociedades, generaban la demanda de nuevos derechos sociales y conducían a una condensación espacial y temporal de los territorios mundiales, sosteniendo tanto la explosión del fenómeno migratorio como la creación de dispositivos de control de los flujos en las fronteras de los países concernientes. La nueva visión de las élites políticas y científicas de un mundo sometido a la presión demográfica y a la “tiranía de lo nacional” (Rosental, 2011, p. 336), acompañaba la formación de un consenso general alrededor del triunfo progresivo del higienismo (Armus, 2000), posibilitaba la convergencia conservadora del eugenismo y del natalismo (Biernat, 2005; Rosental, 2007; Reggiani, 2010) y conllevaba el acercamiento científico de los conceptos de población, salud, nación y raza (Armus, 2007). De hecho, el auge de la medicina clínica y luego de la bacteriología se topaba con ese nuevo poder estatal –aún no providencial–, preocupado por avanzar en las prerrogativas asistencialistas de la Iglesia y de todos los actores de la “nebulosa reformadora” (Topalov, 1992).⁵ Dicha emergencia médico-científica participaba entonces de un doble movimiento de masificación y

4 «Protection des migrants: la protection des migrants atteints de trachome». *Informations Sociales*, 29 de abril de 1929, XXX (5), pp. 147-148. Disponible en: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5527665b/f41.tableDesMatièreshttp://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5527665b/f41.tableDesMatières>

5 Este proceso de la emergencia de un poder médico-científico-estatal fue estudiado por varios autores en América y en Europa desde distintos enfoques. Véase Topalov (1992), Rodgers (1998), Salvatore (2001), González Leandri (2005), Rodríguez (2006).

de individualización de las políticas sociales, migratorias y de salud pública, revelado por la intensificación de la selección de los inmigrantes, la proliferación de los documentos de identidad (certificados, pasaportes, visas) y la multiplicación de las categorías estadísticas (Noiriel, 2007).

El estudio de la historia de los controles sanitarios de la inmigración internacional resulta desde luego fundamental para entender la compleja imbricación entre ciencia, medicina, políticas sociales, migratorias y de salud en la construcción de los Estados nación modernos, cuando se masificó la circulación de personas en todo el mundo. Al mismo tiempo, se enfrentaban políticas y discursos a la vez nacionalistas e internacionalistas, favorables al liberalismo económico y atentas al desarrollo de la protección social de los inmigrantes y de los trabajadores (Rosental, 2006). La historiografía de los controles sanitarios está todavía poco desarrollada, aunque desde principios del siglo XXI algunos estudios provenientes de historiadores europeos, estadounidenses y latinoamericanos empezaron a poner de relieve las emergencias concomitantes de una integración relativa del espacio mundial y de una barrera racial entre blancos y no-blancos, inmigrantes deseables e indeseables. Así, desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, los principales países de inmigración –Estados Unidos, Argentina, Australia, Canadá y Brasil– adoptaron leyes, decretos y reglamentos destinados a orientar y filtrar los flujos (Kraut, 1995; Markel y Minna Stern, 2002; Fairchild, 2003; Bashford, 2006). Esa época de “gran cierre” se caracterizó por la organización generalizada de controles sanitarios en los puertos más importantes del mundo (Rygiel, 2006).

Por lo tanto, el estudio del rechazo de los inmigrantes granulosos en el puerto de Buenos Aires durante la primera mitad del siglo XX, en el cruce de la historiografía de las políticas migratorias y la salud, constituye una escala particularmente propicia para el avance de la sociohistoria y del nacimiento de una nueva élite médico-política transnacional, al mismo tiempo que del refuerzo y/o de la creación de un nuevo modelo de control estatal. Tanto la profundización de la comprensión de las políticas sociales en Occidente mediante el estudio de su difusión en América Latina iniciado por Nancy Leys Stepan (1991), como la necesidad de un análisis de las enfermedades contagiosas en dicha área defendida por Gilberto Hochman, Steven Palmer y María Silvia Di Liscia (2012) y el posfoucaultianismo crítico de Paul-André Rosental (2007) nos proporcionan el contexto científico de este artículo en el cual analizamos el rechazo de los inmigrantes tracomatosos del puerto de Buenos Aires. La oscilación entre varias escalas –desde la interacción microhistórica entre el granuloso y el médico encargado del control de los inmigrantes hasta la organización internacional y transnacional de congresos de oftalmología, pasando por la

producción nacional de artículos y leyes—, lejos de relativizar vanamente el pasado histórico, nos permite en cambio profundizar la comprensión de una realidad plural mediante la confrontación de distintos enfoques y poner en relieve las prácticas comparatistas de los actores históricos (Kettunen y Petersen, 2011). Al mismo tiempo, “pensar el carácter nacional de las políticas...no como un contraste, sino como función y efecto de los procesos transnacionales” (Saunier, 2008, p. 7).

El tracoma, enfermedad contagiosa y difundida en varios lugares del mundo, se presenta de hecho como un objeto transnacional en “el momento internacionalista” en que el conjunto de los médicos tracomatólogos de principios del siglo XX investigan sobre su etiología y su diagnóstico, cuando “la emergencia de una nueva escala del espacio de circulación se hizo pensable, creíble, representable” (Rasmussen, 2001, p. 30). Finalmente, las idas y vueltas defendidas por Claire Lemerrier y Claire Zalc (2008) entre enfoques cualitativos y cuantitativos posibilitan una atención reflexiva y atenta a las categorías indígenas, para medir distancias entre prácticas y discursos.

A partir de los artículos fundadores de Markel (2000), Di Liscia y Fernández Marrón (2009) sobre el rechazo de inmigrantes granulosos en los puertos de Buenos Aires y Nueva York en las dos primeras décadas del siglo XX, nos proponemos estudiar los discursos, leyes, instituciones y prácticas de exclusión desde su inicio en 1907⁶ hasta 1943, cuando el tratamiento por sulfamidas provocó un gran entusiasmo en la comunidad internacional de los tracomatólogos y en los inmigrantes granulosos llegados a Buenos Aires, quienes comenzaron a curarse en los hospitales argentinos con esa terapia. Nuestras fuentes son muy diversas: se trata de artículos, tratados y actas de congresos sobre el tracoma, la oftalmología y la protección de los emigrantes, publicados por médicos originarios de los continentes americano y europeo entre finales del siglo XIX y la primera mitad del XX. Se examinó la documentación en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, en la Biblioteca Interuniversitaria de Medicina de París —*Revista Internacional del Tracoma* (1924-1926)— y en *Gallica*, portal de la Biblioteca Nacional de Francia. Además, en el CEMLA de Buenos Aires se consultó la compilación de leyes migratorias argentinas entre 1853 y 1970, así como la serie incompleta de las *Memorias e Informes* de la Dirección General de Migración (DGM) desde 1890 a 1945. Finalmente, en el Archivo Intermedio del AGN se relevaron de manera sistemática los expedientes relativos a la inspección de los buques llegados a Argentina durante los años 1913, 1924 y 1936,

⁶ Ese año, el director de Inmigración Juan Alsina publicó una circular en la cual se integraba el tracoma al conjunto de enfermedades contagiosas no admitidas por la República Argentina. Al mismo tiempo se difundía el informe del oftalmólogo Otto Wernicke sobre la llegada alarmante de inmigrantes granulosos al puerto de Buenos Aires. Ver *Memoria* de la Dirección General de la Nación. 1908, pp. 197-225.

con mención de casos de tracoma.⁷

Ahora bien, al analizar los discursos producidos por la élite médico-política de principios del siglo XX, en los cuales se describe y construye al tracoma llegado desde afuera como una amenaza importante y muy peligrosa, y al enfrentarlos con las escasas cifras de los rechazados granulosos, surge una cuestión en el mismo punto donde se cruzan las historias de la ciencia, la medicina, las políticas públicas y la emergencia del Estado nacional: ¿por qué los numerosos discursos de la élite adoptaban un léxico casi bélico que vacilaba entre la necesidad de rechazar y la importancia de curar y de proteger cuando, en la práctica, se contaban solo algunos centenares de rechazados por tracoma entre 1908 y 1943, cantidad que nunca representó más del 0,05% de los tres millones de inmigrantes que llegaron a Argentina en las primeras décadas del siglo XX? La problemática nos invita a prolongar la reflexión iniciada por Fernando Devoto sobre el contraste entre la laxa administración argentina y la profusión de leyes y decretos adoptados a favor de la selección de los inmigrantes en esa época (Devoto, 2001). Más allá de la cuestión de la eficacia de las políticas públicas, parece pertinente estudiar las relaciones complejas que entrelazan los discursos de los actores históricos y sus prácticas. Por lo tanto, se consideran en este artículo, primero, los conocimientos y las representaciones de los médicos europeos y argentinos acerca del tracoma, para analizar luego la construcción de las categorías estadísticas y de identificación de los inmigrantes establecidas por las autoridades argentinas; y finalmente, la frecuencia de las asociaciones entre el tracoma y algunos grupos de inmigrantes, fueran éstas nacionales, étnicas o raciales.

El tracoma, enfermedad universalmente contagiosa

En las primeras décadas del siglo XX, el tracoma fue una enfermedad que impulsó los debates entre los médicos y oftalmólogos de las grandes capitales de un mundo cada vez más conectado, ya que era resistente a los tratamientos y no había acuerdos sobre su etología y diagnóstico. Por un lado, el oftalmólogo argentino Enrique B. Demaría, quien había recorrido durante sus estudios de medicina

⁷ Esos tres años fueron elegidos porque cuentan con un número importante de rechazados granulosos en comparación con la década correspondiente y/o porque coinciden con la adopción de nuevas leyes acerca de la selección de los inmigrantes: en octubre de 1913, se adoptó un decreto que oficializaba el impedimento de admisión para los granulosos, leprosos y tuberculosos; en diciembre de 1923, otro en el que se multiplicaban las categorías de rechazo en paralelo con el ya establecido por enfermedad contagiosa; y en mayo de 1932, uno que volvía a imponer el certificado de salud general cancelado en 1923 y que agregó a éste la obligación de presentar otro que indicara la ausencia de tracoma. Somos conscientes de los límites de nuestro trabajo, que no nos deja analizar los años en que hubo muy pocos rechazados por tracoma, lo cual nos impide a su vez realizar comparaciones que seguramente serían muy útiles para la comprensión de la evolución de los rechazados por tracoma entre 1908 y 1943.

Europa y Estados Unidos, fue nombrado en 1898 jefe de Clínica Oftalmológica en Buenos Aires. En 1910, efectuó un viaje por Argentina para estudiar la difusión del tracoma en el país y dio una conferencia en Sevilla en 1924, durante el Segundo Congreso Nacional de Ciencias Médicas, en el cual relató su experiencia como tracomatólogo. Allí, con alegría por ciertos avances en cuanto al control de la enfermedad en el puerto de Buenos Aires, profesaba con grandilocuencia que “En el número de tracomatosos uno puede juzgar el estado de desarrollo de un país” (1925, p. 30). Por otro lado, el bacteriólogo francés Charles Nicolle, quien realizó experimentaciones sobre la contagiosidad del tracoma desde 1907 en el Instituto Pasteur de Túnez, viajó a Argentina en 1925 y pronunció una conferencia el 3 de diciembre en la Sociedad de Oftalmología de Buenos Aires, donde declamó con tonalidad lírica: “Ante las enfermedades todos los países son solidarios...Numerosos seremos más fuertes” (p. 781).

Muchos facultativos discutieron y se asociaron para discurrir sobre la lucha contra el tracoma, en un largo período que abarca desde la Tercera Convención de México en 1907, cuando se prescribió el control sanitario de la peste bubónica, el cólera, el tracoma, la malaria, la tuberculosis y la fiebre amarilla, pasando por la creación de la Liga del Tracoma en París y de su órgano de comunicación, *La Revista del Tracoma*, en 1924, donde médicos europeos y americanos publicaron artículos sobre esta enfermedad, hasta la creación en 1940 de la Asociación Panamericana de Oftalmología. Mientras que el *British Journal of Ophthalmology* (1938) señalaba la presencia del oftalmólogo argentino José Alberto Sená en el Congreso de la Organización Internacional de Lucha Contra el Tracoma, celebrado en 1937 en la ciudad de El Cairo, muchos otros oftalmólogos recibían revistas médicas extranjeras y leían artículos, libros y tesis al respecto en español, francés, inglés, italiano, portugués, rumano, todos ellos escritos por especialistas que trabajaban en América del Norte, en América Latina, Europa o en las colonias europeas de África del Norte y en Asia.

De los intercambios de ideas se desprendían algunas concepciones compartidas y poco cuestionadas, al mismo tiempo que se generaban controversias alrededor de ciertos aspectos de la enfermedad. Las discusiones indicaban la emergencia de una ciencia médica interconectada a través de un movimiento circular de los saberes (Plotkin y Zimmerman, 2012) y reflejaban al mismo tiempo las grandes transformaciones en las representaciones del cuerpo médico sobre las enfermedades (especialización por patología o por órgano, asociación entre las ciencias de la vida y el análisis del proceso patológico, modelización experimental, constitución de un peritaje estatal), así como la difusión generalizada de las tres formas de medicina que siguen prevaleciendo en la actualidad; es decir, la medicina clínica, la

medicina experimental y la medicina social (Gaudillière, 2006).

Durante los siglos XIX y XX, las opiniones de los médicos respecto del diagnóstico y la etiología del tracoma estaban divididas. El médico británico Arthur Ferguson MacCallan, director de la Organización Internacional del Tracoma desde su creación en 1936, describió a principios del siglo XX cuatro fases de esta enfermedad: en la fase I, el tracoma en sus inicios, caracterizado clínicamente por la presencia de algunas irregularidades en la conjuntiva del tarso, pasa casi desapercibido y puede durar meses o años; en la fase II, el tracoma agudo genera granulaciones en el párpado que pueden provocar la infección del *pannus* y de la córnea; en la fase III, que también puede durar años, el tracoma precicatriz, aunque subsisten granulaciones en actividad, y en la fase IV ya cicatrizó, esto señala el final de la evolución clínica de la enfermedad, que puede ser acompañada por la ceguera si la córnea estuvo demasiado afectada o si la apertura parpebral se reduce (Morax y Petit, 1929, p. 7). Las fases que fueron descritas en 1908, luego modificadas por el mismo MacCallan en 1936 y más tarde cambiadas a partir de los años sesenta del siglo XX –cuando la Organización Mundial de la Salud adoptó nuevas clasificaciones más complejas–, servían por lo tanto de referencia al conjunto internacional de los tracomatólogos, aunque eran criticadas frecuentemente por varios médicos, quienes indicaban la dificultad de establecer un diagnóstico claro: el tracoma podía complicarse a través de otras infecciones o confundirse con otras conjuntivitis.

La etiología del tracoma –es decir, sus causas– y su difícil tratamiento generaron controversias, en la cuales los médicos argentinos participaron poco. La tesis de doctorado de José Zamora de 1912, *Del Peligro Granuloso*, ejemplifica bien el aprieto característico del estilo de pensamiento del momento, que seguía buscando correlaciones entre las bacterias y las razas, incluso frente a una enfermedad cuyos focos de infección se esparcían por todo el mundo. En cambio, produjeron varios artículos sobre su tratamiento y profilaxis, como se observa con la experiencia de tres importantes facultativos argentinos que entre 1915 y 1917 intentaron crear una vacuna: Demaría, Mazza y Rebay. Este resultado nos pone de acuerdo con Diego Armus, quien describe “el mundillo académico de Buenos Aires” que participaba desde Argentina en las investigaciones bacteriológicas europeas, “reproduciendo esas novedades y debates en las páginas de la prensa profesional”, y también a veces realizando “investigaciones experimentales que testeaban la eficacia de esas vacunas y sueros» (2007, p. 378). Además, desde fines del siglo XIX varios médicos y científicos intentaron identificar la bacteria responsable del tracoma a través de experiencias, mientras su contagiosidad seguía siendo discutida: en 1934, el oftalmólogo Juan Manuel Vila Ortiz (1934) participaba de esta discusión internacional

y, con la descripción de su investigación en la región chaqueña, confirmaba la contagiosidad de la enfermedad.

La lucha nacional de los médicos argentinos

María Silvia Di Liscia (2012) demostró cómo los oftalmólogos se preocuparon por la selección de los inmigrantes y empezaron a interesarse de manera activa por la lucha antitracomatosa en el interior del país hacia 1920. De hecho, los trabajos al respecto aumentaron mucho diez años después, cuando los médicos argentinos realizaron con mayor frecuencia viajes de estudio y de prevención y describieron el nivel de desarrollo con relatos de visitas a las escuelas, familias y fábricas, que fueron publicados en las revistas médicas. En esa literatura, los especialistas asociaron el tracoma con un mal llegado desde fuera. Las múltiples alusiones a los italianos, españoles, árabes, judíos, rusos-israelitas y turcos estaban a veces acompañadas por referencias a africanos (en general), egipcios, húngaros y sirios. También se incluían cuadros y estadísticas que demostraban una voluntad comparada de establecer correlaciones científicas, a través de equivalencias porcentuales, entre enfermedades infecciosas o contagiosas, y entidades étnicas, nacionales o raciales pseudocientíficas.⁸

Los discursos de los tracomatólogos argentinos revelaban la influencia profunda de la visión lineal de un tracoma originario de la antigüedad oriental y difundido por toda Europa durante siglos a través de guerras y conquistas. De hecho, este vínculo aparecía claramente en la alocución de Enrique B. Demaría en Sevilla, cuando evocaba el tracoma como “una afección antaño desconocida en Argentina como en el resto de América...introducida por la masa creciente de inmigrantes europeos y orientales” (1925, p. 27), y cuando afirmaba que si “es clásico considerar la vuelta de los ejércitos de Napoleón regresando de Egipto como unas de las fuentes de importación del tracoma..., es el ejército de migrantes que introdujo en Argentina el mal germen” (1925, p. 28). Si los viajes de los médicos a lo largo del país desde principios del siglo XX permitieron progresivamente la adopción de leyes y decretos a favor de la selección de los inmigrantes primero, y de la prevención del tracoma más tarde, la preocupación por el tracoma llegado desde fuera no desapareció, como lo evidencia la adopción de un nuevo decreto en 1932, en el cual se establecía la obligación para los migrantes de presentar un certificado de salud que

⁸ Para un estudio sobre el uso frecuente de gentilicios generalizantes tales como “judío” o “turco” con objeto de describir realidades muy complejas, véase Leys Stepan (1991) y Klich y Lesser (1996).

consignara la ausencia de este mal.⁹ También lo demuestran las advertencias del oftalmólogo e inspector del tracoma en el Departamento Nacional de Higiene, José R. Toja, quien escribía en el *Boletín* del Departamento en 1938 que “como en toda enfermedad infecto-contagiosa que tiene caracteres epidémicos o endémicos, en la lucha antitracomatosa debemos considerar dos tópicos esenciales: evitar nuevos enfermos [llegados de afuera] y curar los que padecen el mal” (p. 98).

A pesar del sentimiento de amenaza compartido por profesionales de distintos países, las leyes y los decretos antitracoma adoptados en Argentina y en otros puntos de inmigración no salieron del marco propiamente nacional. En efecto, el círculo internacional de los tracomatólogos era más favorable, a principios del siglo XX, al intercambio de ideas que a la homogeneización efectiva y transnacional de las leyes. La emergencia de un gran movimiento social, económico y cultural internacionalista, lejos de impedir los debates acerca de la identidad nacional, se construyó por lo tanto junto con las nuevas definiciones nacionales y estatales de barreras raciales, étnicas, religiosas.

Contar a los migrantes tracomatosos: un problema histórico

1. El historiador y las estadísticas

Para confrontar el discurso de los médicos argentinos, quienes asociaban el tracoma con los extranjeros de manera general y con grupos venidos de Oriente o del Mediterráneo en particular, con las prácticas del rechazo y con las nacionalidades de los rechazados, es importante analizar de manera crítica los modos de confeccionar estadísticas de los mismos médicos y de la DGM (Otero, 2006, p. 50). En la serie incompleta de las *Memorias* se observa la evolución de las categorías estadísticas aplicadas por esta repartición: en los cuadros sinópticos relativos al conjunto de los rechazados, el número de categorías usadas fue muy variable, siguiendo o anticipando las categorías de inmigrantes indeseables creadas por los legisladores. Entre 1910 y 1920 –época de inmigración masiva, cuando se adoptaron muchos de los decretos restrictivos– fueron incrementándose las categorías de estos cuadros estadísticos. Hacia 1930, momento en que Argentina recibió menor inmigración, las categorías fueron más globales y menos precisas, tal como lo ilustra aquella denominada “indeseable” en 1936. Así, contamos seis categorías

9 Decreto del 10/05/1932. Impedimentos de admisión. Certificado que acredite aptitud sanitaria y carencia de tracoma (Otero, 1976). El artículo 3 del decreto precisa que: “La exigencia del referido certificado no eximirá a las compañías de navegación de controlar el estado sanitario del pasajero, ni de las multas establecidas por las disposiciones en vigor para el caso de no haber realizado con eficacia ese control”.

en 1909, nueve en 1913, diez en 1915, dieciséis en 1919, veintiuna en 1934 y luego, nueve categorías en 1937. Muy pocas veces respetaban el orden alfabético; el orden variable a lo largo del tiempo también nos indica que hasta 1920 las autoridades parecían más preocupadas por cuestiones de salud. A partir de esa fecha, los problemas provocados por el gran número de documentos de identidad de los inmigrantes requirieron mayor atención. Para construir una serie de los migrantes rechazados entre 1908 y 1937, se incorporaron clasificaciones que respetaban al mismo tiempo la diversidad de la DGI y las definiciones contenidas en las leyes y en los decretos de 1913, 1916 y 1923 (ver cuadro 1).

Cuadro 1: Evolución de los motivos de rechazo y el tracoma (1907-1937)

	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
ENFERMEDAD CONTAGIOSA O INFECCIOSA	35%	45%	61%	30%	54%	36%	21%	14%	22%	10%	40%	2%
TRACOMA	44%	65%	70%	93%	96%	97%	95%	100%	93%	100%	50%	13%
DISCAPACIDAD FÍSICA	13%	11%	4%	5%	2%	3%	3%	5%	6%	3%	20%	1%
DEMENCIA	30%	26%	12%	4%	3%	3%	4%	1%	5%	7%	0%	0%
MOTIVOS DE IDENTIFICACIÓN	0%	0%	0%	0%	5%	30%	22%	31%	19%	63%	7%	80%
MOTIVOS JUDICIALES	0%	0%	0%	5%	8%	1%	3%	0%	2%	0%	0%	0%
MOTIVO DE GÉNERO O DE EDAD	22%	18%	22%	10%	16%	27%	37%	49%	46%	17%	33%	16%
INDESEABLES	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Gitanos	0%	0%	0%	46%	10%	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
ENFERMEDAD CONTAGIOSA O INFECCIOSA	7%	ND	ND	16%	12%	41%	22%	21%	ND	ND	ND	ND
TRACOMA	28%	ND	ND	38%	66%	100%	98%	94%	ND	ND	ND	ND
DISCAPACIDAD FÍSICA	2%	ND	ND	0%	4%	2%	1%	1%	ND	ND	ND	ND
DEMENCIA	1%	ND	ND	0%	0%	2%	2%	1%	ND	ND	ND	ND
MOTIVOS DE IDENTIFICACIÓN	83%	ND	ND	75%	70%	51%	67%	75%	ND	ND	ND	ND
MOTIVOS JUDICIALES	3%	ND	ND	4%	3%	3%	6%	2%	ND	ND	ND	ND
MOTIVO DE GÉNERO O DE EDAD	5%	ND	ND	5%	12%	0%	1%	1%	ND	ND	ND	ND
INDESEABLES	0%	ND	ND	0%	0%	0%	0%	0%	ND	ND	ND	ND
Gitanos	0%	ND	ND	0%	0%	0%	0%	0%	ND	ND	ND	ND
TOTAL	100%	NA	NA	100%	100%	100%	100%	100%	ND	ND	NA	NA
	1932	1933	1934	1935	1936	1937						
ENFERMEDAD CONTAGIOSA O INFECCIOSA	ND	ND	3%	ND	13%	18%						
TRACOMA	ND	ND	90%	ND	96%	98%						
DISCAPACIDAD FÍSICA	ND	ND	3%	ND	0%	0%						
DEMENCIA	ND	ND	1%	ND	0%	0%						
MOTIVOS DE IDENTIFICACIÓN	ND	ND	91%	ND	71%	75%						
MOTIVOS JUDICIALES	ND	ND	2%	ND	7%	5%						
MOTIVO DE GÉNERO O DE EDAD	ND	ND	1%	ND	0%	0%						
INDESEABLES	ND	ND	0%	ND	8%	1%						
Gitanos	ND	ND	0%	ND	0%	0%						
TOTAL	NA	NA	100%	NA	100%	100%						

Fuentes: *Memorias* de la DGM, años 1913, 1914-1915, 1919, 1920, 1927, 1934, 1936, 1937. CEMLA, Buenos Aires.

Un primer resultado importante revelado por las series del conjunto de los inmigrantes rechazados por la DGM es el carácter casi constantemente mayoritario del porcentaje de tracomatosis en relación con el conjunto de los rechazados por otras enfermedades contagiosas. En promedio, entre 1908 y 1937, un 70% de los rechazados por enfermedades infectocontagiosas eran tracomatosis. Así, durante los años sobre los que tenemos información –exceptuando 1919 y 1920 en los cuales la tuberculosis pareció preocupar a las autoridades más que nunca; y el año 1923, que es enigmático en cuanto a los 197 rechazados de la vaga categoría “Enfermedades contagiosas, varias”¹⁰ el tracoma se mantuvo como la primera causal entre las enfermedades. Si bien se trata de una proporción relativamente baja de personas, este tope en las estadísticas entre 1920-1930 permite explicar en parte la preocupación de los facultativos en relación con la inmigración y el tracoma, a pesar de que la mayoría de los rechazados lo eran por motivos de identificación, clandestinidad o deserción.

2. Las interacciones migrante/médico y el conocimiento sobre el tracoma

Tanto el conocimiento de la sintomatología del tracoma como la precisión de su diagnóstico entre los inmigrantes en el puerto de Buenos Aires fueron progresando con el paso de los años, lo que determinó una influencia en las estadísticas.

Al comparar las cifras de la *Memorias* de la DGM con los Partes Consulares (registro propio) para los años 1913, 1924 y 1936, se observan variaciones: en 1913, la DGM contaba 180 rechazados por tracoma cuando en nuestro registro aparecen solamente 116. En los años 1924 y 1936, la relación se invierte y aparecen más rechazados por esa enfermedad en los Partes que los indicados en las *Memorias*: 145 por 110 en 1924 y 49 por 27 en 1936. Dichas diferencias permiten especular que la Dirección pudo cambiar la manera de contar en las diferentes décadas, producto de una directiva administrativa o de las decisiones de los mismos empleados encargados de efectuar los recuentos. Con el correr de los años, muchos detenidos por inspección, sospechosos de padecer tracoma, fueron luego autorizados a desembarcar. El conocimiento médico iba progresando al mismo tiempo que la DGM publicaba decisiones y directivas diversas. En este sentido, el cuadro estadístico del organismo relativo a los rechazados durante el año 1934 es muy interesante porque detalla las cantidades de inmigrantes “reconducidos”,

10 *Memoria* de la DGM, 1923, p. 188. CEMLA, Buenos Aires.

“desembarcados”, “fugados” o “en trámite”.¹¹ En nuestros cálculos, tomamos en cuenta el total de los detenidos, ya fueran desembarcados o no, y analizamos las diferencias: así, en 1913 contamos cuatro desembarcados de los 116 detenidos por tracoma, lo que no puede explicar la diferencia entre las fuentes. Durante el año 1924, de los 145 detenidos relevados en los Partes, quince fueron desembarcados; once, reconducidos a Montevideo; y seis pudieron llegar a su destino final. En este caso, las diferencias se podrían explicar por las maneras de registrar a los rechazados. En 1936, el número total de rechazados por tracoma cayó, si bien la cantidad de desembarcados fue superior al de reconducidos (ver cuadro 2).

Cuadro 2: Rechazados por tracoma en Argentina (1908-1937)

AÑO	TOTAL RECHAZADOS	GRANULOSOS	PROPORCIÓN	OTRAS FUENTES	AÑO	TOTAL RECHAZADOS	GRANULOSOS	PROPORCIÓN	OTRAS FUENTES
1908	46	7	1/7		1923	1963	120	6%	
1909	38	11	2/7		1924	1426	110	8%	145*
1910	49	21	3/7		1925	403	166	41%	
1911	322	89	28%		1926	357	78	22%	
1912	335	175	52%		1927	303	59	19%	
1913	513	180	35%	116*	1928	ND	ND	ND	
1914	196	39	20%		1929	ND	ND	ND	
1915	80	11	1/7		1930	ND	ND	ND	
1916	63	13	1/5		1931	ND	ND	ND	ENVIRON 60**
1917	30	3	1/9		1932	303	12	4%	10**
1918	15	3	1/5		1933	ND	ND	ND	
1919	1229	4	0%		1934	392	9	2%	
1920	1167	24	2%		1935	ND	ND	ND	
1921	ND	ND	ND		1936	218	27	12%	49*
1922	ND	ND	ND		1937	267	48	18%	43***

Fuente: Di Liscia M. S. (2009). *Memorias de la DGM*, años 1920, 1921, 1923, 1925, 1926, 1927, 1932, 1934, 1936, 1923-1927. CEMLA, Buenos Aires.

Nota: *Según los Actas de Inspección Marítima, AGN/DAI. ** Según el oftalmólogo Gunther Von Grolman (1933). *La profilaxis internacional del tracoma en la República Argentina*. Archivos de Oftalmología de Buenos Aires, enero-febrero de 1933, 1 y 2, pp. 601-604. Biblioteca de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.*** Según el oftalmólogo Gunther Von Grolman (1938). *La profilaxis del tracoma en los inmigrantes y la Ley 817*. *La Prensa Médica Argentina*, año XXV, N°14, pp. 691-694. Biblioteca de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

3. La figura del inspector especialista

Ahora bien, las representaciones y los conocimientos de los médicos

11 *Memoria de la DGM*, 1934. CEMLA, Buenos Aires.

encargados de diagnosticar a los granulosos –y, por lo tanto, de contarlos– desempeñaron un rol importante en cuanto al número de rechazos efectivos de inmigrantes. La evolución de las interacciones entre unos y otros se revela mediante el estudio de la especialidad de los encargados de la inspección de los migrantes. A diferencia de los médicos que inspeccionaban a los migrantes en Buenos Aires en los años 1910 y 1920, Gunther von Grolman fue un oftalmólogo reconocido; mientras que en 1913, el jefe inspector era el pediatra Pascal Luis Oliveira, y un urólogo –Eduardo B. Berenguer– fue quien diagnosticó el tracoma en los párpados de Nussim Brunstein en 1924, Von Grolman dedicó mucho de su tiempo a la investigación sobre las enfermedades de los ojos. El especialista publicó numerosos trabajos y participó como redactor o colaborador en varias revistas de oftalmología argentinas, de otros países latinoamericanos o alemanas. Por lo tanto, esta interacción médico-migrante puede constituir una variable sociohistórica y microhistórica, cuyo estudio permite profundizar la comprensión y la construcción tanto del rechazo de los granulosos como de las relaciones agitadas en la primera mitad del siglo XX entre los médicos argentinos y la emergencia de la estadística como herramienta de la modernización estatal (Daniel, 2012).

Más allá del conocimiento científico, tanto médicos como migrantes proyectaban sus representaciones acerca de la existencia legal del rechazo. El mismo Gunther von Grolman escribió varios artículos en *La Prensa Médica Argentina* durante la década de 1930 sobre su experiencia como médico inspector en el puerto de Buenos Aires, en los que nos informa sobre las dificultades existentes tanto para diagnosticar el tracoma como para decidir rechazos o desembarcos. La ambigüedad característica de sus artículos ilustra el rol complejo del médico: junto con la insistencia sobre la importancia del control de salud aparecía la crítica a aquellos que proporcionaban certificados falsos con los que se conseguía el desembarco; evocaba casos de supercherías de viajeros enfermos que se hacían reemplazar en el momento del examen médico; alababa los trabajos de los doctores Enrique B. Demaría y Otto Wernicke, a quienes consideraba como los iniciadores de la profilaxis del tracoma; y justificaba la severidad de la ley 817 por el hecho de que Argentina era un país de fronteras abiertas, con alta recepción de inmigrantes; mientras que señalaba asimismo varias dificultades respecto de la aplicación de la normativa. En primer lugar, mencionaba el problema humano que provocaba el rechazo, que muy probablemente traía consigo la separación de una familia: “Reconocemos el impulso generoso que anima muchos de esos certificados, pues no padecemos de amnesia psíquica y con gran frecuencia nos es doloroso el cumplimiento de nuestra misión” (1938^b, p. 193). Además, desde un punto de vista meramente médico, la

clasificación de MacCallan generaba problemas en cuanto a las incertidumbres relativas al grado de contagio y sobre las posibles recidivas del tracoma III o IV, o sea, en fase precicatrical o cicatrizado. Así, explicaba que al usar el microscopio para afinar los resultados de un examen importante “justificado por las graves proyecciones de un dictamen prohibitivo; separar un hijo de sus padres, la mujer del marido, la madre de los hijos”, “el número de rechazados aumentó en forma considerable” (1938^a, p. 691). Por esas razones proponía una modificación de la ley 817, para que fueran diferenciados los diagnósticos clínicos y científicos, “la enfermedad ostensible y peligrosa y la enfermedad latente y dominada”, y defendió la necesidad de realizar exámenes de manera extremadamente minuciosa, pues cada caso de tracoma es distinto. Concluía sus argumentaciones con llamadas repetidas a una atención individualizada: «Creemos que se debe tener un criterio ecléctico y no apreciar el tracoma IV como una unidad sino cada caso individualmente, proceder con severidad, pero sin rigideces inútiles y desde la impresión clínica decidir su admisibilidad” (1938^a, p. 693). En el caso del rechazo de los migrantes granulosos, *el poder de la salud* —es decir, el control simultáneamente medical, legal y físico de los individuos y de sus cuerpos por los representantes de las autoridades de un territorio— fue construido, activado y evolucionó a través de decisiones que incluían como justificación tanto los conocimientos y las leyes como las interacciones prácticas entre los distintos médicos inspectores y los migrantes.

4. La estigmatización de los sirios y el mito del ruso-israelita enfermo

La evolución del conocimiento científico y de los modos de inspección de los párpados de los inmigrantes con el correr de los años explica, por un lado, el creciente número de individuos sospechosos de tracoma y seguidamente desembarcados. Por otro lado, a pesar de las diferencias entre las cifras provenientes de distintas fuentes y de la complicación de los cálculos, provocada por la distinción entre aquellos desembarcados, rechazados, fugados o en trámite, se puede observar que después de dos períodos de auge entre 1911-1913 y 1923-1925, el número absoluto de rechazados por tracoma bajó de manera significativa en los años treinta, lo cual coincide con la evolución general, tanto del número total de rechazados como del número total de inmigrantes llegados a Argentina.

En cuanto a la evolución de las nacionalidades rechazadas, la construcción de categorías es difícil; se han considerado tanto las de la DGM, visibles en sus cuadros estadísticos, relativas a la nacionalidad de los rechazados, como las informaciones sobre la identidad de los migrantes conservadas en los expedientes de

Inspección Marítima. Por una parte, entonces, existió una sobrerrepresentación de los sirios durante los años 1924 y 1936 y de los otomanos durante el año 1913, en comparación con el número efectivo de inmigrantes llegados. Observamos que en 1913, los otomanos constituían el 6% de los inmigrantes y el 31% de los rechazados por tracoma. En 1924, los sirios constituían el 2% de los inmigrantes y el 46% de los rechazados por tracoma. En 1936, un rechazado por la enfermedad sobre dos era sirio. Por otra parte, observamos la subrepresentación de italianos durante los años investigados (representaban el 38% y el 46% de los inmigrantes en 1913 y 1924, contra el 8% y el 5% de los rechazados por tracoma, respectivamente), como la ausencia o casi ausencia de rusos, húngaros, griegos, o egipcios entre los rechazados.

Los resultados obtenidos nos permiten reflexionar que los oftalmólogos argentinos que escribían artículos en la prensa médica sobre la lucha contra ese mal modulaban sus afirmaciones científicas con opiniones o impresiones. Por ejemplo, tanto el doctor Enrique Demaría, quien sostenía en el *Boletín* de la Sociedad de Oftalmología de Buenos Aires que los granulosos procedían “especialmente de Italia, España, Hungría, Rusia, Siria, Turquía etc.” (1917, p. 410), como el oftalmólogo doctor Antonio Barbieri, quien designaba en la *Semana Médica* a “los italianos, españoles, judíos, árabes, turcos, europeos meridionales, brasileños, etc.” (1924, p. 304) como responsables de la introducción del tracoma en el país, evocan el “estilo de pensamiento”¹² de los tracomatólogos argentinos de la primera mitad del siglo XX, conectados con el “estilo de pensamiento” europeo. De esta manera, la expansión de la enfermedad se asociaba con ciertas nacionalidades. Asimismo, la investigación del propio Antonio Barbieri sobre los extranjeros tracomatosis residentes en Argentina nos recuerda que, en la edad de oro de la inmigración transatlántica, los extranjeros no solo viajaban, sino que también residían en países ajenos: es importante agregar entonces que las asociaciones por parte de los médicos entre el tracoma y determinadas nacionalidades resultaban de mecanismos de representaciones complejas que incluían, además, la situación sanitaria nacional.

¹² Los métodos de análisis puestos en práctica en la principal y visionaria obra de Ludwik Fleck, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, fueron particularmente importantes en la construcción de nuestro objeto. En su historia de las representaciones de la sífilis a lo largo de los siglos, que tuvo gran influencia en los trabajos de Thomas Khun y de Michel Foucault, Ludwik Fleck construye los conceptos de “estilo de pensamiento” y de “colectivo de pensamiento”, reemplazando el “hecho científico” por la “disposición a ver” de un colectivo de pensamiento en cierto momento de la historia (Fleck, 2005).

Cuadro 3: Nacionalidades de los rechazados por tracoma en 1913

NACIONALIDAD	Nº DE INMIGRANTES	PROPORCION*	Nº DE RECHAZADOS**	PROPORCION***
ALEMÁN	4620	2%	0	0%
INGLÉS	2132	1%	0	0%
AUSTRO HUNGARO	4317	1%	1	1%
BELGA	477	0%	0	0%
BÚLGARO	117	0%	0	0%
DANÉS	819	0%	0	0%
ESPAÑOL	122271	40%	49	53%
FRANCÉS	4696	2%	0	0%
GRIEGO	849	0%	0	0%
HOLANDÉS	292	0%	0	0%
ITALIANO	114252	38%	7	8%
MONTENEGRINO	139	0%	0	0%
NORUEGO	59	0%	0	0%
OTOMÁN (a)	19542	6%	29	31%
PORTUGUÉS	3619	1%	3	3%
RUMANO	152	0%	0	0%
RUSO (b)	18626	6%	4	4%
SERBIO	49	0%	0	0%
SUECO	76	0%	0	0%
SUIZO	880	0%	0	0%
OTROS	4063	1%	0	0%
TOTAL	302047	100%	93	100%

Fuentes: *Memoria* de la DGM, 1913. Actas de Inspección Marítima. AGN/DAI.
Nota: *Sobre el total de los inmigrantes (segunda y tercera clase) llegados de ultramar en 1913. ** Los migrantes brasileños no son considerados como inmigrantes de ultramar en la *Memoria* del año 1913. *** Sobre el total de los rechazados por tracoma, excepto los brasileños.

Cuadro 4: Nacionalidades de los rechazados por tracoma en 1924

NACIONALIDAD	Nº DE INMIGRANTES	PROPORCION*	Nº DE RECHAZADOS**	PROPORCION***
ALEMÁN	10238	6%	1	1%
ARABE	13	0%	3	2%
BÚLGARO	192	0%	1	1%
CHILENO	513	0%	1	1%
ESPAÑOL	45691	29%	19	13%
FRANCÉS	1237	1%	1	1%
GRIEGO	461	0%	5	3%
HINDÚ	37	0%	1	1%
ITALIANO	73119	46%	7	5%
LIBANES	172	0%	9	6%
MARROQUIE	47	0%	1	1%
POLACO (a)	6637	4%	12	8%
PORTUGUÉS	1742	1%	1	1%
RUMANO	1519	1%	8	6%
RUSO (b)	1427	1%	2	1%
SIRIO (b)	2998	2%	66	46%
TURCO	1309	1%	6	4%
YUGOSLAVO	3959	2%	1	1%
TOTAL	159939***	100%	145	100%

Fuentes: *Memoria* de la DGM, 1924. Actas de Inspección Marítima. AGN/DAI.

Nota: * Sobre el total de los inmigrantes (segunda y tercera clase) llegados de ultramar en 1924. ** Sobre el total de los rechazados por tracoma. *** Total de los rechazados. Presentamos acá solo las nacionalidades afectada por el rechazo de granulosos. (a) Incluimos seis inmigrantes considerados por las autoridades argentinas como «polaco/ruso». (b) Incluimos un migrante considerado por las autoridades argentinas como «sirio/turco». (c) Incluimos dos inmigrantes considerados por las autoridades argentinas como «turco/armenio».

Cuadro 5: Nacionalidades de los rechazados por tracoma en 1936

NACIONALIDAD	DESEMBARCADO	RECHAZADO	ND	TOTAL
ALEMÁN	0	1	0	1
ARMENIO	0	1	0	1
BRASILEIRO	1	0	0	1
CHINO	0	0	1	1
ESPAÑOL	4	0	0	4
ITALIANO	2	0	1	3
LIBANES	1	7	0	8
LIBIO	1	0	0	1
POLACA	1	1	0	2
SIRIA	12	8	4	24
CHECOSLOVACO	0	1	0	1
ND	0	0	2	2
TOTAL	22	19	8	49

Fuentes: Actas de Inspección Marítima.1936. AGN/DAI.

Conclusiones

En este artículo nos propusimos confrontar las representaciones de los oftalmólogos argentinos sobre el tracoma con las cifras efectivas de rechazos: por eso, estudiamos las prácticas de rechazo y el proceso de construcción de las estadísticas, teniendo en cuenta las interacciones entre los médicos argentinos y europeos, y entre los médicos inspectores y los migrantes. Es preciso notar la verdadera estigmatización de los otomanos y sirios en el proceso de rechazo de los inmigrantes granulosos por las autoridades argentinas; es decir, la alta sobrerrepresentación de esta nacionalidad entre los inmigrantes rechazados. En cambio, algunas de las nacionalidades o referencias étnico-religiosas frecuentemente utilizadas en los artículos de los tracomatólogos argentinos aparecen subrepresentadas en relación con el número de los rechazados o con el número de migrantes: los italianos fueron, por ejemplo, escasamente rechazados por tracoma en comparación con el número total de viajeros de esa nacionalidad finalmente desembarcados. Por otro lado, nos resulta difícil evidenciar la representación de los “tracomatosos judíos”, dado que no se trataba de un grupo nacional, y porque no fueron registrados de esa manera. La palabra “judío”, cabe preguntarse, ¿era entonces usada para designar vagamente personas provenientes de Europa del Este, de África del Norte o de Rusia? En todo

caso, las imprecisiones características de las visiones de los médicos –patentes por la recurrencia de la abreviatura “etc.” al final de las listas de nacionalidades sospechosas– reflejan sin dudas la influencia mayor del discurso nacionalista de las generaciones que participaron a principios del siglo XX en la construcción de los límites del territorio, de la nación y del Estado argentino.

Desde luego, más allá de los problemas de eficiencia de los controles sanitarios de los inmigrantes señalados por varios médicos –que dejaban de lado a todos los llegados de países fronterizos, a los pasajeros que viajaban en primera clase y a los que escapaban por algún motivo de las inspecciones–, las representaciones y prácticas de los médicos argentinos encargados del rechazo de los inmigrantes granulosos entre 1908 y 1943 deben ser estudiadas dentro del marco del estilo internacional de pensamiento sobre el tracoma, teniendo en cuenta las prácticas internacionales de rechazo de los granulosos. Solo de esta manera pueden ser comprendidas las referencias nacionalistas de los médicos argentinos en relación con el granuloso ruso-israelita con el origen exótico del tracoma, o con la amenaza del tracomatoso egipcio. Estas referencias provienen de los intercambios de discursos y representaciones de médicos estadounidenses, europeos y latinoamericanos acerca de la lucha contra esta enfermedad en los albores de una política sanitaria transnacional.

En cifras absolutas, el tracoma fue poco rechazado en Argentina. Sin embargo, casi nunca dejó de ser, durante la primera mitad del siglo XX, la enfermedad contagiosa más representada entre los inmigrantes llegados al puerto de Buenos Aires. Por lo tanto, y en relación con el desarrollo de la historia de la ciencia, de la medicina y de la oftalmología, el estudio y la investigación para la lucha contra la enfermedad en Argentina fueron conectados con los avances internacionales; es decir, con el *estilo de pensamiento internacional de los tracomatólogos*. En la época de la consolidación de los Estados, las naciones y sus fronteras, y del apogeo del higienismo, este estilo permitió construir visiones médicas que comprendían el carácter universalmente contagioso de la enfermedad y la designación de algunas nacionalidades especialmente sospechosas, el uso de estadísticas y de interpretaciones subjetivas, todo lo cual apoyaba los inicios de la conceptualización de una política migratoria selectiva y de una política poblacional racista. Finalmente, las representaciones y trayectorias de los migrantes, actores clave, constituyen un aspecto importante a abordar en el futuro del proceso sociohistórico de rechazo de los granulosos.

Referencias bibliográficas

1. Armus, D. (2000). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En M. Z. Lobato (Comp.) *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)* (pp. 507-551). Buenos Aires: Sudamericana.
2. Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950* (pp. 137-171). Buenos Aires: Edhasa.
3. Barbieri, A. (1924). El tracoma en la República Argentina. Consideraciones y antecedentes. *La Semana Médica*, XXI (32), 304-313.
4. Bashford, A. (Comp.) (2006). *Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
5. Biernat, C. (2005). La eugenesia argentina y el debate sobre el crecimiento de la población en los años de entreguerras. *Cuadernos del Sur. Historia*, 34, 251-273.
6. Daniel, C. (2012). Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 19, (1), 89-114. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n1/06.pdf>
7. Demaría, E. B.; Mazza, S. y Rebay, H. (1916). Vacunoterapia de la conjuntivitis granulosa. *La Prensa Médica Argentina*, II (24).
8. Demaría, E. B. (1917). Sobre la necesidad de organizar una campaña tendiente a combatir la conjuntivitis granulosa y solicitando un voto en ese sentido del Primer Congreso Nacional de Medicina. *Boletín de la Sociedad de Oftalmología de Buenos Aires*, VI (4), 410.
9. Demaría, E. (1925). La conjonctivite granuleuse dans la République Argentine, Dissémination et Prophylaxie. *La Revue du trachome*, 2 (1), 27-55.
10. Devoto, F. (2001). El revés de la trama: políticas migratorias y prácticas administrativas en la Argentina (1919-1949). *Desarrollo Económico*, 41 (162), 281-304.
11. Di Liscia, M. S. y Fernández Marrón, M. (2009). Sin puerto para el sueño americano. Políticas de exclusión, inmigración y tracoma en Argentina (1908-1930). *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/57786>. DOI: 10.4000/nuevomundo.57786
12. Di Liscia, M. S. (2012). Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940). En G. Hochman, M. S. Di Liscia y S. Palmer (Comps.) *Patologías de la patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*. (pp. 125-154). Buenos Aires: Lugar Editorial.
13. Fairchild, A. L. (2003). *Science at the Borders: Immigrant Medical Inspection and the Shaping of the Modern Industrial Labor Force*. Baltimore:

- Johns Hopkins University Press.
14. Fleck, L. (2005). *Genèse et développement d'un fait scientifique*. París: Belles Lettres.
15. Gaudillère, J. (2006). *La médecine et les sciences XIX-XXème siècle*. París: La découverte.
16. González Leandri, R. (2005). Madurez y poder. Médicos e instituciones sanitarias en Argentina a fines del siglo XIX. *Entrepasados, Revista de Historia*, 27, 133-150.
17. Hochman, G.; Di Liscia, M. S. y Palmer, S. (Comps.) (2012). Patologías de la patria: una introducción al tema. En *Patologías de la patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina* (pp. 13-27). Buenos Aires: Lugar Editorial.
18. International Organization Against Trachoma. (1938). *British Journal of Ophthalmology*, 22 (2), 115-117. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1142891/>
19. Kettunen, P. y Petersen, K. (2011). *Beyond Welfare State Models, Transnational Historical Perspectives on Social Policy*. Northampton: Elgar Edward.
20. Klich, I. y Lesser, J. (1996). Introduction: "Turco" Immigrants in Latin America. *The Americas*, 53 (1), 1-14. DOI: 10.2307/1007471.
21. Kraut, A. (1995). *Silent Travelers: Germs, Genes, and the "Immigrant Menace"*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. DOI: 10.2307/1171380
22. Lemerrier, C. y Zalc, C. (2008). *Méthodes quantitatives pour l'historien*. París: La découverte.
23. Leys Stepan, N. (1991). *"The Hours of Eugenics"*. *Race, Gender and Nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.
24. Markel, H. (2000). "The Eyes Have It": Trachoma, the Perception of Disease, the United States Public Health Service, and the American Jewish Immigration Experience, 1897-1924. *Bulletin of History of Medicine*, 74, 525-560. DOI: 10.1353/bhm.2000.0137
25. Markel, H. y Minna Stern, A. (2002). The Foreignness of Germs: The Persistent Association of Immigrants and Disease in American. *The Milbank Quarterly*, 80 (4), 757-788. DOI: 10.1111/1468-0009.0003020.
26. Morax, V. y Petit, P. (1929). *Le trachome conjonctivite granuleuse*. París: Jean Morax.
27. Nicolle, C. (1925). Sobre la organización de la lucha contra el tracoma. *La Prensa Médica Argentina, Revista Sud-americana de Ciencias Médicas*, XII (21), 778-781.
28. Noiriel, G. (2007). Introducción. En G. Noiriel (Dir.) *L'Identification. Genèse d'un travail d'Etat* (pp. 7-26). París: Belin.

29. Otero, J. (1976). *Recopilación y sistematización de los antecedentes legislativos referidos a la política migratoria, 1853-1970*. Buenos Aires: Edición del autor.
30. Otero, H. (2006). *Estadística y Nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914*. Buenos Aires: Prometeo.
31. Plotkin, M. y Zimmerman, E. (Comps.) (2012). Introducción. En *Los saberes del Estado* (pp. 9-28). Buenos Aires: Edhasa.
32. Rasmussen, A. (2001). Tournant, inflexions, ruptures: le moment internationaliste. *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 1 (19), 27-41.
33. Reggiani, A. H. (2010). "Dépopulation, fascisme et eugénisme latin dans l'Argentine des années 1930. *Le Mouvement Social*, 230, 7-26. DOI: 10.3917/lms.230.000730.
34. Rodgers, D. (1998). *Atlantic Crossings. Social Politics in a Progressive Age*. Nueva York: Harvard University Press.
35. Rodríguez, J. (2006). *Civilizing Argentina, Science, Medicine, and the Modern State*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
36. Rosental, P. A. (2006). Géopolitique et État-providence, Le BIT et la politique mondiale des migrations dans l'entre-deux-guerres. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1 (61), 99-134.
37. Rosental, P. A. (2007). L'argument démographique. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 95, 3-14. DOI: 10.3917/ving.095.0003.
38. Rosental, P. A. (2011). "Migrations, souveraineté, droits sociaux. Protéger et expulser les étrangers en Europe du XIXe siècle à nos jours. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2 (66), 335-373.
39. Rygiel, P. (Comp.) (2006). *Le bon grain et l'ivraie. La sélection des migrants en occident 1880-1939*. París: Aux Lieux d'être.
40. Salvatore, R. (2001). Sobre el surgimiento del estado médico legal en la Argentina (1890-1940). *Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral*, XI (20), 81-114. DOI: 10.14409/es.v20i1.2464.
41. Saunier, P. (2008). Les régimes circulatoires du domaine social, 1800-1940: projets et ingénierie de la convergence et de la différence. *Genèses*, 2 (71), 4-25.
42. Toja, J. R., (1938). Organización de la lucha antitracomatosa. *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, 2 (1), 98-171.
43. Topalov, C. (Comp.) (1992). *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*. París: Editions de l'EHESS. 40.
44. Vila Ortiz, J. M. (1934). Contribución al estudio de la contagiosidad del

- tracoma. *Revista médica de Rosario* (Órgano del Círculo Médico), XXIV (2), p. 137-141.
45. Von Grolman, G. (1938^a). La profilaxis del tracoma en los inmigrantes y la colaboración del cuerpo médico. *La Prensa Médica Argentina*, XXV (4), 691-693.
46. Von Grolman, G. (1938^b). La profilaxis del tracoma en los inmigrantes y la ley 817. *La Prensa Médica Argentina*, XXV (14), 193.
47. Zamora, J. (1912). *Del peligro granuloso (medios de defensa)*. Tesis de Doctorado inédita, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.