

## DOENÇA E LUGAR NO IMAGINÁRIO MÉDICO BRASILEIRO

Flavio Coelho Edler<sup>1</sup>

### Resumo

Analizamos um elemento presente no discurso médico do século XIX que foi apropriado estrategicamente pelos médicos brasileiros: a relação entre doença e lugar. A crença, racionalmente estabelecida, de que as doenças seriam circunscritas a cada região, constitui um aspecto central do imaginário da medicina ocidental naquele período, posto que conformava a relação do médico com a sociedade e o Estado. O estabelecimento de uma nosografia, isto é, um repertório das doenças existentes no território brasileiro, sua distribuição e etiologia, serviram para legitimar o status do médico e sua prática.

**Palavras-chave:** Imaginário médico - Medicina no século XIX – Doença e história – Profissão médica, História da.

### Abstract

The belief, rationally established, that diseases would be circumscribed to each region, constitutes a central aspect of the western medical imaginary throughout almost all century XIX. This text raises the specific meaning carried out by the relation between disease and region in the construction of material and symbolic bonds between Brazilian doctors, the imperial society and the Monarchic State.

**Key words:** History of the medicine; Brazil - Century XX; Medical profession; Experimental medicine; Imaginary doctor; Medical geography.

---

<sup>1</sup> Investigador en el "Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – COC - Fiocruz – Brasil. Correo-e: edler@coc.fiocruz.br.

*“Transportez sous les tropiques un de nos traités classiques les plus estimés, et il ne sera plus la représentation ni entière ni fidèle de la pathologie... Chaque coin de terre a son climat, son hygiène, ses maladies et sa thérapeutique...”*

A. Dechambre; Introdução do **Dictionnaire Encyclopedique des Sciences Médicales**,  
1864

O aforismo *saber é poder*, tornou-se popular nas sociedades ocidentais no século XIX, revelando a ascensão dos grupos de intelectuais possuidores de uma determinada expertise. Profissionais especialistas surgiram em diversas esferas da atividade social, acrescentando poder aos grupos sociais dominantes ao mesmo tempo em que ampliavam sua própria influência. Como controladores de um certo tipo de conhecimento potencialmente traduzível em ações de relevância pragmática, estes novos intelectuais foram laicizando a cultura a medida em que proclamavam competência para definir a situação daquilo que era antes ignorado, sugerindo prioridades, regulando ou orientando o ponto de vista que as pessoas deviam assumir em sua vida e no mundo. A literatura histórica destaca o papel inovador das instituições francesas, no período pós-revolucionário, em especial a Escola Politécnica, na gênese deste novo tipo de intelectual.<sup>1</sup>

Nesse novo contexto, algumas das antigas artes liberais ou mecânicas como a Farmácia, a Medicina, a Cirurgia, o Direito e a Arquitetura desenvolveriam novos conteúdos. Os médicos, por exemplo, foram ampliando seu prestígio social, revelando a capacidade de estabelecer padrões de julgamentos em áreas específicas como saúde e doença, ordem e justiça, remodelação higiênica das cidades, salubridade, cuidados com o corpo, com os gestos, com a educação moral, racionalização das condutas, redefinindo, assim, os modos tradicionais de ser e viver. Apartando-se da Filosofia Natural e desqualificando a esfera da política, o discurso científico, mediado pelas profissões emergentes, transformou-se em nova fonte de autoridade.

Neste texto, nos limitaremos a analisar um elemento presente no discurso médico do século XIX que foi apropriado estrategicamente pelos médicos brasileiros: a relação entre doença e lugar. A crença, racionalmente estabelecida, de que as doenças seriam circunscritas a cada região, constitui um aspecto central do imaginário da medicina ocidental

---

<sup>1</sup> Pickstone, John. “Science in nineteenth-century England: plural configurations and singular politics”, em Martin Dauton (coord.), **The organization of knowledge in Victorian Britain**, Oxford ; New York : Published for the British Academy by Oxford University Press, 2005, p.29-60.

naquele período, posto que conformava a relação do médico com a sociedade e o Estado. O estabelecimento de uma nosografia, isto é, um repertório das doenças existentes no território brasileiro, sua distribuição e etiologia, serviram para legitimar o status do médico e sua prática. A noção de *imaginário* que usaremos neste trabalho aproxima-se, em parte, àquela de *representação* tal como definida por Chartier<sup>1</sup> e Bourdieu.<sup>2</sup> Como o primeiro, reiteramos três registros de realidade que tal noção articula: por um lado, a de “*representações coletivas*” às quais, incorporadas pelos indivíduos, se refere às divisões do mundo social, e organizam os esquemas de percepção a partir dos quais eles classificam, julgam e agem; por outro lado, as formas de exibição e estilização da identidade que eles pretendem ver reconhecidas; enfim, a delegação a representantes (indivíduos particulares, instituições, instâncias abstratas) de coerência e estabilidade da identidade assim afirmada. Com o segundo autor, sublinhamos que as representações mentais envolvem atos de apreensão, de conhecimento e reconhecimento e constituem um campo onde os agentes sociais investem seus interesses e sua bagagem social. Nos registros do imaginário médico que discutiremos a seguir, as representações revelam suas específicas estratégias de poder. Entretanto, essa afirmação não deve ser tomada num sentido reducionista, assimilando os interesses e estratégias de conhecimento aos interesses e estratégias de poder. Não se trata de identificar elementos do imaginário médico com um discurso ideológico operado “de fora” e conscientemente manipulado pelos médicos.

Como é sabido, o diagnóstico sempre possuiu um papel crucial na prática médica, mas sua produção sempre dependeu da noção de doença tomada como suporte. Um clínico ou um higienista não poderia agir sem um conceito de doença. O domínio de um vocabulário próprio que permita diferenciar as doenças e a capacidade de distinguir as diferentes categorias mórbidas sempre teve uma função essencial para o médico. Tal conhecimento tem servido de base para o diagnóstico, o prognóstico e uma terapêutica racional. Um repertório de categorias mórbidas, previamente estabelecido em uma época e lugar, foi sempre uma condição necessária para articular os leigos aos praticantes da medicina.

O poder das profissões técnico-científicas reside, originalmente, em seu saber, ainda que o estabelecimento da validade e do valor prático do saber especializado seja fruto de um processo político e não somente uma questão puramente intelectual.<sup>3</sup> Entretanto, não será possível analisar aqui o processo de institucionalização desses saberes médicos, as mediações políticas ou mesmo os impasses técnicos e cognitivos que lhes deram materialidade em termos institucionais ou em ações práticas concretas. Nenhuma referência será feita sobre os intensos conflitos com as práticas alternativas de cura.

Neste trabalho, vamos delinear duas configurações epistemológicas, que *grosso modo* se sucederam historicamente no âmbito da medicina acadêmica e, todavia, operaram com um mesmo registro causal entre *lugar* e *doença*. Sob os títulos de “*o mapa das doenças do Brasil Imperial*” e “*O laboratório: as doenças rompem o cerco da Academia Imperial de Medicina*”, analisaremos as respectivas representações na noção de doença e sua relação etiológica com o meio ambiente. Antes, porém, apresentaremos a gênese do conceito de meio ambiente e sua relação com a noção de doença, no contexto da medicina hospitalar ou anatomoclínica.

<sup>1</sup> Chartier, Roger. *Au Bord de la Falaise*, Alban Michel, Paris, 1998.

<sup>2</sup> Bourdieu, Pierre, *Méditations Pascaliennes*, Paris, Éditions du Seuil, 1997.

<sup>3</sup> Rueschemeyer, Dietrich, *Power and Division of Labour*, California, Stanford University Press, 1986.

## Doença e meio ambiente antes da revolução pastoriana

Canguilhem<sup>1</sup> e Charles Rosenberg<sup>2</sup> são alguns dos autores que enfatizaram o significado operado pelo desenvolvimento de uma concepção ontológica da doença na prática médica, em fins do século XIX. Este último compara o impacto dessa mudança conceitual com os efeitos produzidos pelas revoluções newtoniana, darwiniana e freudiana sobre o modo como as pessoas comuns pensam a respeito de si mesmas e sobre as outras. O conceito de doença específica, elaborado a partir da segunda metade do século XIX e definitivamente consagrado com o desenvolvimento da teoria dos germes de Pasteur, permitiu que as doenças fossem pensadas como existindo fora do corpo. Os “caçadores de micróbios” reforçaram a visão reducionista e mecanicista sobre o corpo e suas disfunções.<sup>3</sup> Desde então, a relação do médico com seu paciente, as políticas de saúde pública e assistência médica, as práticas hospitalares, as condutas humanas atípicas, e percepção dos pacientes sobre suas próprias vidas, passaram a ser mediadas pelas expectativas depositadas sobre o curso clínico, ou prognóstico, definido pela “*história natural*” da doença. No contexto que estamos analisando, o vocabulário mórbido, isto é, o conceito de doença, esteve orientado para o indivíduo agonizante. Com o foco posto sobre os sintomas, as doenças eram vistas como uma sucessão aberta de eventos que poderiam seguir ampla variedade de trajetórias.

Trata-se de uma noção dinâmica e não ontológica de doença. Uma etiologia pluricausal apontava para um amplo leque de determinantes insalubres que ligavam o doente ao seu meio ambiente. Vejamos as origens intelectuais dessa representação.

A antiga noção de que todo o ser vivo depende do seu meio tornou-se um axioma fértil contribuindo para o desenvolvimento de várias especialidades científicas, durante o século XIX. Mas, para diferentes tradições científicas - os transformismos lamarkista e darwinista, a Biogeografia, a Climatologia Médica, a Fisiologia, a Antropogeografia e a Mesologia - a idéia de meio e sua relação com os seres vivos nunca teve uma conotação unívoca. A ruptura entre a antiga concepção de meio ambiente, forjada no esteio do hipocratismo - mesclado às teorias aristotélicas e galênicas - e a moderna concepção mecanicista, tributária da física newtoniana, foi raramente enfatizada pelos historiadores da medicina que se reportaram à gênese da climatologia médica.

Durante o Renascimento, tanto o conceito de meio ambiente quanto o de morbidade seriam renovados a partir da confluência de distintas tradições culturais. O conceito de clima expressaria os mistérios da natureza e da vontade divina. A onipresença e a imprevisibilidade de suas manifestações, anunciadas por múltiplos sinais, permitiriam apreender a mensagem de Deus. O pensamento astrometeorológico evoluiu, então, no quadro do esquema aristotélico da atmosfera, concebida como uma região específica do macrocosmo, composta de três camadas concêntricas que exerciam uma influência específica sobre toda a geração e corrupção.<sup>4</sup> Era a teoria da simpatia universal que dava sentido à teoria geográfica do meio. Esta teoria supunha a assimilação da totalidade das coisas a um organismo, e a representação da totalidade sob a forma de uma esfera, centrada em torno de um ser privilegiado: o homem. Esta concepção biocêntrica do Cosmo atravessou a Idade Média e se espalhou no

<sup>1</sup> Canguilhem, G. *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*, Lisboa, Edições 70, 1977.

<sup>2</sup> Rosenberg, Charles.E. “The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience”, in *The Milbank Quarterly*, vol. 80, No. 2, 2002, Oxford, UK., p. 237-260.

<sup>3</sup> Benchimol, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos, febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.

<sup>4</sup> Prado-Madaule, Danielle le. “L’Astrométéorologie: influence et évolution en France”, *Histoire Économie et Societé*, Avril-Juin 1996, Paris, p.179-201

Renascimento. A noção de clima, no século XVII, é uma noção astrológica. O clima refere-se à mudança dos aspectos celestes e sua influência sobre a terra.<sup>1</sup> Em conformidade com este paradigma, um médico do Brasil colonial do século XVII, ao analisar a “*constituição pestilencial de Pernambuco*”, iria afirmar que a febre epidêmica perniciosa que havia devastado a região era causada “*por infecção do ar ou por vapor concebido no ar e inimigo do espírito vital*”. Ele ponderava que o ar poderia ter recebido tal “*inquinamento ou sordície ou qualidade contagiosa dos astros, da eclipse do sol ou da lua ou de diversos quaisquer outros aspectos de estrelas ou planetas*”. Estas causas eficientes seriam instrumentos da ira divina, insuflada pelos pecados da população local.<sup>2</sup>

É preciso ressaltar, na contracorrente dos estudos tradicionais, a bifurcação da tradição hipocrática, a partir de meados do século XVIII, quando, nos estudos de patologia médica, diferentemente da Antropogeografia, iria introduzir-se gradativamente uma concepção mecanicista na análise da relação entre os seres vivos e seu meio ambiente. Ainda que seja correto afirmar que a grande reputação de Hipócrates estimulou o estudo dos fatores ambientais que afetavam os seres humanos, devemos sublinhar, por outro lado, que em fins do século XVIII e princípios do XIX, o conceito de meio estava ocupado por entidades físicas inteiramente diversas, em interação com processos fisiológicos radicalmente estranhos à fisiologia humoral.<sup>3</sup> Vejamos, brevemente, como isso se deu.

Os mecanicistas do século XVII iriam chamar de meio o que Newton denominava fluido, cujo arquétipo único era o éter. O problema a ser resolvido pela a mecânica de então, era o da ação à distância entre dois corpos físicos distintos. O éter luminoso era, para o autor dos *Principia*, um tipo de fluido que atuaria como veículo da ação à distância. O fluido, como intermediário entre dois corpos, transformar-se-ia em *meio*. A noção de meio era, então, uma noção essencialmente relativa a corpos singulares. Em seus estudos químicos, Newton afirmava que o solvente que tornaria possível uma reação entre dois corpos seria um intermediário, uma “*middle nature*”. Para os químicos newtonianos da segunda metade do século XVIII, a noção de relação - força de atração e repulsão - se oporia à noção de princípio - propriedade inerente aos corpos, essencial, e não relacional - herdada da tradição alquímica.<sup>4</sup> Esta primeira significação relativa de *meio* tenderia a se tornar um absoluto e uma realidade em si. De acordo com Canguilhem, Newton teria sido o responsável pela importação do termo *meio* da Física para a Biologia, pois na *Óptica* explicaria os efeitos fisiológicos da sensação luminosa - visão - como resultado da presença do éter no ar, no olho, nos nervos e nos músculos. Tal meio era definido estritamente pelas propriedades físicas.<sup>5</sup> É com este conteúdo mecânico que ele seria transportado por Lamarck para a Biologia, por intermédio de Buffon.

A filosofia natural do século XVIII estava baseada na existência dos chamados “*fluidos sutis*”, substâncias usadas para dar conta dos fenômenos como o calor, o magnetismo e a eletricidade. Estes fluidos, que seriam demasiadamente tênues para serem vistos ou pesados, eram considerados cruciais por Lamarck, para a continuidade dos processos fisiológicos.<sup>6</sup> Recusando-se a falar de alma ou espírito vital, sua ciência da vida só pode ser erigida no

<sup>1</sup> Canguilhem, George, *La connaissance de la vie*, Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 1985.

<sup>2</sup> Rosa, Ferreira. “Tratado Único da Contribuição Pestilencial de Pernambuco”, in Andrade, G. O., Mourão, Rosa & Pimenta *Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil*, Recife, [1685]1968, p.219-369, p. 237.

<sup>3</sup> Jordanova, L. J., *Lamarck*, Oxford University Press, New York, 1984, p.58-70.

<sup>4</sup> Stengers, I., “L’affinité Ambiguë: Le Rêve Newtonien de la Chimie du XVIII Siècle”, in Michel Serres (org.) *Éléments D’Histoire des Science*, Bordas Ed., Paris, 1993, p.297-319.

<sup>5</sup> Canguilhem, George, *La connaissance de la vie*, Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 1985, p. 132-135.

<sup>6</sup> Jordanova, L., op. cit., p. 49.

contexto dos estudos paralelos sobre a terra e a atmosfera, os quais analisaremos adiante. A vida e o meio que a ignora constituiriam duas séries de acontecimentos assíncronos. A adaptação seria um efeito do esforço levado a cabo por um organismo visando a sobrevivência num meio totalmente indiferente.<sup>1</sup> Em paralelo com o que acontecia no campo da História Natural, a noção de meio ambiente físico-químico agindo mecanicamente sobre os processos fisiológicos iria penetrar gradativamente no campo médico. A fisiologia aristotélico-galênica, que repousava sobre a noção de “*faculdade*” ou “*alma*”, iria praticamente desaparecer com o triunfo da Iatromecânica ao longo de quase todo o século XVIII. A década de 1770 marcaria a refluxo do mecanicismo cartesiano tradicional e curta hegemonia do vitalismo de Montpellier.<sup>2</sup> Para a tradição vitalista - que perderia força ao longo do século XIX - o domínio do médico começaria onde o do físico terminava, isto é, as leis da vitalidade eram tomadas como irredutíveis às leis da física. Entretanto, as relações entre o meio exterior e os processos vitais, entendidos como sistemas autônomos, implicariam em mútua influência. De acordo com os adeptos do vitalismo, existiria uma força ou “*princípio vital*” que estaria em luta incessante com as forças físico-químicas, e que neutralizariam suas ações destrutivas sobre o organismo vivo.

Podemos constatar - seguindo Canguilhem - o progressivo império da Física (mecanicista) em Fisiologia, através da comparação dos títulos de três obras. William Edwards publicou, em 1824, “*De l'influence des agents physiques sur la vie*”. Magendie publicou, em 1842, “*Les Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*”. T. H. Huxley, por fim, publicaria, em 1868, “*On physical basis of life*”.<sup>3</sup> O século XIX assistiu à passagem da idéia qualitativa de saúde, para a idéia de regularidade quantitativa do conceito de normalidade, num contexto em que o saber da fisiologia, outrora marginal no pensamento médico, iria se instalar no âmago de toda a reflexão médica.<sup>4</sup> Veremos, a seguir, na trilha dos estudos de Topografia Médica, como os médicos de fins do século XVIII e da primeira metade do século XIX compreendiam as relações entre meio ambiente e morbidade e que interações essa prática manteve com a medicina hospitalar de base Anatomoclínica.

## A Patologia no contexto da Medicina Hospitalar

Já em fins do século XVIII, a meteorologia tornava-se uma ciência distinta da astronomia, e suas avaliações e prognósticos deixaram definitivamente de ser induzidos de vôos de pássaros, ou insetos ou dos aspectos da lua. O clima seria, desde então, constituído pela combinação variada dos elementos meteorológicos próprios a cada região do globo terrestre. Todos os elementos meteorológicos - a temperatura, o grau de umidade ou secura do ar, a pressão atmosférica, a força e a direção do vento, o estado mais ou menos nublado do céu, a quantidade de chuva, a quantidade de ozona e eletricidade - puderam ser expressos por meio de cifras. Falava-se então de uma fisionomia meteorológica. A diferença de latitude firmou-se, inicialmente, como a causa mais importante da diferença climática, secundada pelos fatores topográficos.

Ao longo de todo o século XVIII, inúmeras iniciativas foram realizadas, em vários

<sup>1</sup> Canguilhem, G., op. cit., p. 128.

<sup>2</sup> Roger, Jacques, *Les Sciences de la Vie dans la pensée Française au XVIIIe siècle*, Albin Michel, Paris, 1993, p. 206-24.

<sup>3</sup> Canguilhem, Georges, *Études D'Histoire et de Philosophie des Sciences*, Librarie Philosophique J. Vrin, 1994, 226-273.

<sup>4</sup> Foucault, M., *O nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro, ed. Forense, 4ª ed. 1994, pp. 39-40.

países europeus e em algumas colônias, visando à produção de séries diárias de observações meteorológicas correlacionadas com a estatística de certas doenças. Na França, a Sociedade Real de Medicina de Paris, sob a influência das idéias rousseauistas do médico austríaco Johann Peter Frank (1748-1821), foi bem sucedida ao organizar uma rede extensa de observadores em cada província, cuja tarefa era traçar um registro das condições meteorológicas, telúricas e topográficas e manter uma lista detalhada das doenças correntes.

O objetivo era construir uma interpretação coerente sobre os padrões climáticos e desenvolver um mapa completo das doenças na França. Lécuyer<sup>1</sup> salienta que o protocolo de observações, originado pela tradição neo-hipocrática, partia das circunstâncias mais gerais até alcançar aquelas particulares ao doente. O bom médico examinava, então, sucessivamente os *circunfusa* (meteorologia, hidrologia, geologia, climas e habitações), os *ingesta* (alimentos e bebidas), os *excreta* (excreções e banhos), os *applicata* (vestimentas e cosméticos), os *percepta* (costumes, sexualidade, higiene pessoal) e, por fim, os *gesta* (movimentos habituais, atividades profissionais). Foucault<sup>2</sup> assinalou que foi por intermédio dessa medicina urbana francesa do século XVIII, que a prática médica se pôs diretamente em contato com as ciências naturais e Corbin<sup>3</sup> esclareceu os vínculos estreitos que se teceram entre médicos e químicos em função da crença na ameaça pútrida da atmosfera urbana.

A institucionalização, em Paris, da medicina Anatomoclínica, no período pós-revolucionário teve, como se sabe, uma profunda ressonância em toda cultura médica acadêmica dentro e fora da Europa.<sup>4</sup> Numa perspectiva estritamente cognitiva, o nascimento da Anatomoclínica foi descrito por Foucault como representando um momento em que “*a gramática dos signos substituiu a botânica dos sintomas na organização dos fenômenos patológicos*”. A definição de séries lineares de acontecimentos mórbidos se imporia ao “*emaranhado de espécies nosológicas*”, afirmando a articulação da doença com o organismo, em oposição às entidades mórbidas gerais. O diagnóstico físico, especialmente o desenvolvimento da percussão e auscultação, e dos métodos que correlacionavam os fenômenos clínicos e anatomopatológicos, deram ênfase à lesão local como a característica mais importante na definição de doença. O nascimento da tradição clínica tem merecido a atenção dos mais notáveis historiadores da medicina, após os estudos clássicos de Ackerknecht<sup>5</sup> e Foucault.<sup>6</sup> No que interessa à nossa discussão, agora, o ponto de inflexão a ser ressaltado na nova abordagem se refere ao fato de que a dor e sinais análogos, juntamente com os sintomas, não seriam mais concebidos como doenças a serem classificadas, mas indicadores que direcionavam o diagnóstico para os órgãos e tecidos onde a doença estava localizada. À exceção das febres e das doenças do sistema nervoso que não podiam ser diretamente apreciadas pelo método anatomoclínico - e geraram inúmeras controvérsias sobre sua etiologia até a afirmação do paradigma pastorianiano -, a anatomia patológica resultou no primeiro grande consenso da medicina moderna.<sup>7</sup> Nesse sentido estrito de um

<sup>1</sup> Lécuyer, Bernard P. “L’ Hygiène en France avant Pasteur”, in Claire Salomon-Bayet, *Pasteur et la Révolution Pastorianne*, Paris, Payot, 1986, pp. 65-139, p. 70.

<sup>2</sup> Foucault, M., op. cit., p. 92-93.

<sup>3</sup> Corbin, Alain, *Le miasme et la Jonquille. L’odorat et l’imaginaire social, XVIII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècle*, France, Flammarion, 1986.

<sup>4</sup> Warner, John Harley, “The fall and rise of professional mystery. Epistemology, authority and the emergence of laboratory medicine in nineteenth-century America”, in Cunningham, A. & Williams, P., *The laboratory revolution in medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992. pp.110-141.

<sup>5</sup> Ackerknecht, E., *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)* Paris, Payot 1986.

<sup>6</sup> Foucault, M., op. cit.

<sup>7</sup> Bynum, W. F., “Nosology”, in Bynum, W. & Porter, R., *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London, Routledge, 1993, pp.335-356, p. 349, e Naraindas, Harish. “A genealogy of the advent

conjunto de técnicas de diagnóstico, a Anatomoclínica tornou-se a primeira tradição médica verdadeiramente internacional.<sup>1</sup>

Concentraremos, agora, nossa atenção na noção de doença que emergiu com a prática Anatomoclínica e sua relação como os debates sobre a causalidade das doenças. Mesmo para a geração mais diretamente influenciada pelo empirismo sensualista, que iria fundar as bases da longa tradição clínica francesa a natureza e a causa das doenças continuavam sendo objeto de constantes conjecturas. Isto ocorria apesar da relutância em se especular sobre as causas últimas das doenças e da ênfase em reconhecê-las apenas através de suas conseqüências clínicas e anatomopatológicas. É preciso insistir no fato de que as discussões etiológicas tinham um significado bem distinto daquele que teriam no contexto pastoriano. Ao invés de se buscar um agente causal específico, que seria identificado com o ser da doença, radicado numa concepção ontológica, a tradição pré-pastoriana supunha a existência de uma complexa hierarquia de causas. Tal compreensão implicava numa percepção não essencialista das doenças. Essas não teriam uma existência em si, ainda que os autores a elas se referissem como entidades distintas, quase sempre localizadas espacialmente nas partes sólidas do corpo. A natureza de uma doença manteria referência direta com o temperamento e a estrutura peculiar de um indivíduo - sua constituição física - seu dinamismo fisiológico e psicológico. Assim, os agentes externos - miasma, calor, pressão atmosférica, umidade, parasitas, temperatura, etc. - tomados em conjunto ou discriminados hierarquicamente, jamais concorreriam isoladamente para formar uma afecção. Eles poderiam contribuir - circunstancialmente, ou de modo preponderante - para produzir uma situação que, eventualmente, conduziria a um estado mórbido. Cada um seria uma condição necessária, mas nunca suficiente. No caso das raras doenças reconhecidamente causadas por parasitas ou miasmas, as autoridades médicas estavam divididas, embora o consenso no meio médico e veterinário pendesse para a posição não ontológica. No limite, cada paciente possuiria uma identidade fisiológica particular. Um médico que conhecesse as idiossincrasias próprias à constituição física de seu paciente ou de sua família ou que praticasse normalmente em certa localidade, estaria em melhor posição para identificar e curar uma afecção que um médico estranho à família ou ao lugar.

A patologia e a terapêutica médicas seriam um tipo de saber contingente, porque dependente das mutáveis circunstâncias climático-telúricas. Isso implicava em que as instituições incumbidas em produzir, avaliar e reproduzir os conhecimentos sancionados relativos ao diagnóstico, terapêutica e higiene - jornais, sociedades e faculdades médicas - teriam sua jurisdição inextricavelmente circunscrita a um meio ambiente.

### **O mapa das doenças do Brasil Imperial.**

A patologização do espaço, que as topografias médicas do século XVIII tinham levado a cabo sob o impulso do neo-hipocratismo, alcançaria uma nova dimensão na Era dos Impérios com a mobilização, sem precedentes, de um vasto conjunto de fenômenos nosológicos, patológicos e terapêuticos por todo o globo terrestre. Um grupo específico de profissionais da medicina, quase todos médicos militares que praticavam em regiões política, cultural e

of Tropical Medicine”, in Anne-Marie Moulin, *Médecines et Santé*, Vol. 4, Paris, UNESCO, 1994, pp. 31-56.

<sup>1</sup> Maulitz, Russel C., “Physician versus bacteriologist: The ideology of science in clinical Medicine”, in Vogel, Morris J. & Rosemberg, Charles E., *The therapeutic Revolution*, Pennsylvania, University of Pennsylvania Press, 1979, pp. 91-107.



economicamente subordinadas às principais potências coloniais européias, esteve à testa dessa empresa. Eles reclamaram para si a responsabilidade na tarefa de definir os problemas médico-higiênicos e estabelecer os parâmetros de sua solução, nas zonas do ecúmeno periféricas aos principais centros de cultura médica.

O antigo estoque de conhecimentos sobre os agentes etiológicos, os processos patogênicos e as morbidades que eles ocasionavam, seria constantemente reestruturado, ao longo de todo o século XIX, antes mesmo do advento da teoria microbiana das doenças. Essas idéias sobre patologia não planavam num puro universo conceitual. O amplo intercâmbio comercial aliado à política colonialista européia fez emergir o problema, ao mesmo tempo prático e teórico, de se compreender porque certas doenças estariam circunscritas a determinadas regiões do globo, enquanto outras tinham ali um impacto diferenciado e um padrão de endemicidade distinto. A experiência dos médicos das forças armadas coloniais aliou-se à prática das comunidades médicas residentes nas colônias e ex-colônias tropicais, gerando, entre os centros científicos do Velho Mundo e as coletividades médicas emergentes da periferia, outro intenso intercâmbio: de fatos e teorias médicas.

A organização profissional e regulamentação do ensino médico no Brasil, como atividade diversa da praticada por barbeiros, sangradores, práticos e curandeiros, começou apenas no século XIX. Iniciava-se, assim, uma forte tradição clínica marcada pela figura do médico-de-família que atuava, ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista. A independência política de Portugal foi proclamada em 1822, iniciando-se, assim, a única experiência de um regime político baseado numa monarquia constitucional na América Latina. Em 1832, as duas Academias Médico-Cirúrgicas, criada em 1808, foram transformadas em Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. O mesmo decreto instituiu os cursos de Medicina, Farmácia e de Partos. O figurino das novas faculdades seguia o modelo francês, conforme orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829-1835) - embrião da Academia Imperial de Medicina (1835-1889).

Quando a Sociedade de Medicina foi criada, a Higiene e a Anatomoclínica passaram a dispor de uma trincheira estrategicamente orientada para enfraquecer a influência dos antigos cirurgiões portugueses e daqueles formados nas escolas Médico-Cirúrgicas da Corte e da Bahia.<sup>1</sup> Nesse período, marcado pela crença da dependência da patologia e da terapêutica médicas aos fatores climático-telúricos circunscritos ao meio ambiente, a rejeição da herança colonial da Fisicatura-mor e do legado de informações médicas, mais ou menos impressionistas, descritas pelos viajantes naturalistas, impôs-se como pré-condição à afirmação do novo *ethos* profissional. Em torno da Academia de Medicina, uma elite médica empenhou-se, na produção de um conhecimento original sobre a patologia brasileira. Desde sua criação, até meados do século, ela conseguiria monopolizar duas importantes tarefas: ao mesmo tempo em que se impusera como instrumento da política imperial da saúde pública, tornara-se o principal árbitro das inovações médico-científicas, contribuindo tanto para sancionar novas tecnologias em diagnóstico e terapêutica, quanto novos conceitos e teorias estritamente voltados para o conhecimento da patologia brasileira.

Nos trabalhos dos acadêmicos, destacava-se, como morbidade dominante da patologia nacional, a febre palustre. A singularidade da configuração patológica brasileira residiria no fato de que o “elemento palustre” de origem miasmática submeteria todas as outras enfermidades à sua influência. Uma das mais importantes contribuições da Academia Imperial de Medicina foi apresentação, sob a forma de um enunciado geral, da chave de toda a patologia brasileira:

<sup>1</sup> Ferreira, Luis Otávio, *O Nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*, tese de doutorado, FFLCH-USP, Deptº de História, São Paulo, 1996.

*“Nos países submetidos à infecção palustre, o elemento intermitente existe em todas as doenças, seja no estado agudo ou crônico. É sob esse último estado que ele se esconde, que seu alhure proteiforme engana os olhos exercitado do prático, que lhe é difícil a identificação e, mais ainda, a destruição”*.<sup>1</sup>

Essa convicção era fundada cientificamente, segundo as regras de produção de fatos e teorias compartilhadas no contexto da experiência sócio-cognitiva da Anatomoclínica. Tal epistemologia pressupunha a existência de instituições, como a Academia de Medicina, que regulavam uma prática coletiva, territorialmente delimitada, na coleta de registros de observações clínicas que compreendiam a descrição de diagnósticos, etiologias e terapêuticas utilizadas, e do exame anatomopatológico pós-morte. Tal regime de produção de fatos médico-científicos pressupunha o compromisso da corporação médica local na produção de um conhecimento necessariamente restrito à sua própria jurisdição ambiental.

Outras endemias constatadas por aquele corpo de profissionais seriam o reumatismo, a erisipela, o piã, a hidrocele, a lepra, as hemorróidas, a hipoemia intertropical, a elefantíase dos árabes, a hemato-chyluria. Ao lado dessas endemias, algumas epidemias tinham orientado os debates nas suas sessões semanais: a gripe, a sífilis, as bexigas, as doenças do fígado, do coração e da pele, o sarampo, a escarlatina, as febres tifóides, o tétano e o escorbuto. A avaliação dos acadêmicos era a de que o país ostentava uma boa condição de salubridade.

Para impor o monopólio da interlocução sobre os problemas médicos nacionais diante do Governo Imperial e dos centros médico-científicos europeus, a Academia esforçou-se em cumprir a tarefa de traduzir e atualizar a pauta higienista e Anatomoclínica européia contemporânea, o que a tornaria intérprete legítima da patologia brasileira. Diante das questões consagradas pela Geografia Médica naquela quadra, os médicos brasileiros apresentaram respostas originais, algumas das quais se opunham a velhos estigmas amparados em determinismos raciais e climáticos. Além de produzirem uma avaliação positiva a respeito da patologia nacional, onde não teriam direito de domicílio algumas das mais temidas enfermidades, como a febre amarela, a peste e o cólera, podemos juntar outros elementos.

A condenação dos costumes europeus, importados indiscriminadamente, e a apresentação de um receituário higiênico adaptado às novas condições climáticas, visando a um ajuste saudável, deve ser interpretado como um trunfo a ser creditado aos médicos nacionais, em seu esforço de revisão dos tratados europeus de Patologia e Higiene, e criação de uma cultura médica local. Desse modo, tanto o trabalho de revisão teórica, ligado ao rebaixamento do papel dos agentes meteorológicos e dos temperamentos na hierarquia da produção de doenças, em benefício dos hábitos, quanto a interpelação desses mesmos hábitos seculares, tais como os “*banhos frios*”, as “*bebidas alcoólicas*”, o “*uso do leite*”, “*a tendência de se seguir a moda de Paris ou de Londres, contrária à sã higiene*”, espelhariam a irredutibilidade da patologia brasileira.<sup>2</sup>

Embora polêmica em alguns pontos, a descrição da carta nosográfica do Império consistiu num trunfo espetacular da Academia, que ao aclimatar o conhecimento médico europeu a partir de um núcleo de disciplinas médicas universais, às condições climático-telúricas brasileiras, tornou-se sua fiadora e controladora, praticamente monopolizando a interlocução com as instituições médicas centrais.

Entretanto, alguns acontecimentos iriam determinar uma precoce obsolescência do

<sup>1</sup> Sigaud, J. -F. X. *Du Climat et des Maladies du Brésil ou Statistique Médicale de cet Empire*, Paris, Chez Fortin, Masson et Cie, Libraires, 1844.

<sup>2</sup> Sigaud, op. cit., p. 100.

mapa das doenças erigido pela Academia de Medicina. Primeiramente, a inesperada irrupção de duas das mais temidas epidemias conhecidas: a partir de 1849, a capital do Império e outras importantes cidades litorâneas foram acometidas de surtos de febre amarela e cólera. A febre amarela se transformaria, em curto espaço de tempo, na principal questão de saúde pública no Brasil. Tal fato, decisivo na mudança do perfil de salubridade descrito inicialmente, também contribuiu para a criação da Junta Central de Higiene Pública, que deslocaria a Academia do papel central que até então representara para a saúde pública. A Junta permitiu conter as pretensões administrativas da Academia, tornando-se subserviente às diretrizes governamentais no período de maior centralização política do Império, que se seguiu à curta experiência liberal das regências (1831-1840). Outro acontecimento relevante se refere ao aparecimento de outras sociedades e periódicos médicos a partir da década de 1860 - que iriam romper com o monopólio até então desfrutado pelos periódicos médicos oficiais da Academia de Medicina. Na Bahia e no Rio de Janeiro, o periodismo médico permitiria o incremento do intercâmbio científico e a consolidação de uma pauta de pesquisas voltada principalmente ao conhecimento da matéria médica (fitoterapia), patologia e terapêutica nacionais estimulando e dirigindo as incipientes iniciativas individuais de pesquisa médica, e criando condições para a legitimação dos novos ramos disciplinares reivindicados pelos reformadores do ensino médico.

### **O laboratório: as doenças rompem o cerco da Academia Imperial de Medicina**

A partir da década de 1870, um novo quadro político e econômico, possibilitado pelo fim da guerra com o Paraguai (1865-1870) e pela expansão dos lucros associados à lavoura cafeeira e ao fim do tráfico negreiro (1850), conformam o pano de fundo das novas iniciativas das elites médicas brasileiras. Uma nova representação universalista das bases da medicina acadêmica, caucionada pelo ideal método experimental, construiu-se como um poderoso imaginário médico, conectado ao conceito de medicina tropical, com referência à particularidade da terapêutica, da nosologia e da matéria médica nacional. A partir de então, elaborou-se um novo programa, estrategicamente voltado para as questões médicas nacionais, referenciado pelos novos critérios definidores da cientificidade do saber.<sup>1</sup>

O conceito de cientificidade varia historicamente intimamente vinculado às práticas científicas hegemônicas e às transformações da vida material. Como assinalamos anteriormente, a valorização social da ciência na cultura das sociedades capitalistas européias ao longo do século XIX esteve intimamente ligada à crença – que se tornava realidade – de sua importância na vida cotidiana dos homens. Afigurou-se, deste modo, a hegemonia do ideal positivista de ciência, com a valorização de seus aspectos empíricos e utilitários. O determinismo mecanicista tornou-se o horizonte perfeito de uma forma de conhecimento que se pretendia utilitário e funcional, voltado menos para a compreensão profunda do real do que para a sua dominação e transformação. No plano social esse era também o horizonte cognitivo mais adequado aos interesses da burguesia ascendente, que via, na sociedade que começava a dominar, o estágio final da evolução da humanidade.<sup>2</sup> A medicina, como veremos, não esteve à margem deste processo.

<sup>1</sup> Edler, Flavio Coelho, “O debate em torno da medicina experimental no Segundo Reinado”, in *História, Ciência, Saúde*, III (2), 1996, pp. 284-299.

<sup>2</sup> Santos, Boaventura de Souza, *Introdução a Uma Ciência Pós-Moderna*, Porto, Ed. Afrontamento, 1989, 48-54.

Durante a segunda metade do século XIX, a Fisiologia, a Patologia e a Medicina Interna alcançaram pleno desenvolvimento disciplinar, sendo gradativamente assimiladas à atividade prática da medicina acadêmica, contribuindo para a especialização da clínica em diversos ramos conexos. A crítica aos sistemas médicos especulativos do século XVIII, que haviam florescido na Alemanha sobre a base da *Naturphilosophie* de Schelling e na França, sob as diversas versões do vitalismo, em Paris e Montpellier, foi acompanhada da denúncia sobre as limitações do programa empirista apregoado pela Anatomoclínica. Forjou-se, então, um programa levado a cabo pelos diversos expoentes das novas doutrinas deterministas que pretendiam estudar os fenômenos vitais à luz dos pressupostos e métodos da física e da química assumindo como idéias básicas a noção de processo – redução das funções orgânicas a processos materiais e energéticos – e a de lei científica.<sup>1</sup> Tratava-se, então, de conseguir uma explicação teórica da doença solidamente cimentada, recorrendo-se de modo sistemático aos saberes físicos, biológicos e químicos. A investigação de laboratório, penetrando progressivamente na medicina hospitalar, passou a ser a principal fonte de conhecimentos médicos.<sup>2</sup>

De acordo com os novos modelos fisiológicos, os fenômenos da vida foram reduzidos ao plano dos fenômenos físico-químicos submetidos a leis mecanicistas, passando a depender de uma medicina baseada na exploração clínica objetiva, na experimentação animal e na anatomia patológica, macro e microscópica.<sup>3</sup> Neste contexto a medicina acadêmica projetava todas as esperanças de uma intervenção eficaz no campo da terapêutica e da prevenção, nos trabalhos experimentais de fisiologia, histologia e da terapêutica química e farmacológica. Apareceu, então, como uma realidade determinante, o rápido envelhecimento do saber médico. A tendência à especialização e à constante segmentação dos objetos de pesquisa relacionados ao conhecimento sobre a natureza dos fenômenos fisiológicos e patológicos – característica da última fase do século XIX – resultou num processo de gradativa obsolescência do saber médico herdado.

As conseqüências desta mudança de atitude foram de decisiva importância no desenvolvimento da pesquisa experimental em laboratórios, pois como assinala Lopez Piñero,

*“a lesão anatômica associada à observação do enfermo, continuava sendo uma das bases da patologia e da clínica, mas já não se mostrava suficiente o estudo descritivo que permitia sua mera observação macroscópica. Era necessário analisar sua estrutura íntima com os meios de observação microscópica e, sobretudo, explicá-la a partir dos esquemas da ciência biológica geral”.*<sup>4</sup>

Um novo programa de pesquisa médica foi elaborado pelas elites médicas a partir das possibilidades surgidas com o manancial técnico e teórico das disciplinas médicas experimentais. Tal programa não foi mera reprodução do saber europeu. As linhas de pesquisas abertas pelos novos campos de saber disciplinar passíveis de serem institucionalizadas eram virtualmente infinitas, coube, assim, àquelas elites, o papel de elaborar um programa de pesquisas em sintonia com os interesses ditados pelos grupos dirigentes. A possibilidade

<sup>1</sup> Piñero, Jose M. Lopez. “Patologia y medicina interna”, in Pedro Lain Entralgo, *Historia Universal de la Medicina*, tomo VII, pp.123-156, Barcelona, Salvat, 1973, p. 123.

<sup>2</sup> Lichtenthaler, Charles, *Histoire de la Médecine*, France, Fayard, 1978, p. 438.

<sup>3</sup> Canguilhem, G., *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*, Lisboa, Edições 70, 1977, p. 54.

<sup>4</sup> Piñero, L., op. cit., p. 123.

de se ampliar os espaços institucionais voltados à expansão dos novos saberes dependeu, em boa medida, de sua capacidade em convencer os dirigentes políticos do Império sobre a relevância pragmática de determinados temas médicos.

No Império do Brasil, em que era praticamente nula a diferenciação entre o poder formal e o poder real<sup>1</sup>, e onde as iniciativas da sociedade civil dependiam quase sempre dos poderes públicos para se realizarem, o programa elaborado pelas elites médicas buscava coerência com o ideal civilizador representado pela Coroa. Comungava da idéia de que o fundamental para o Império residia no exercício pleno e eficiente do poder administrativo, e não no jogo político. A identificação das decisões administrativas pautadas por uma ética racional-legal, inerente ao critério profissional, com o bem comum, em oposição à política parcial, era a peça central do argumento utilizado tanto em defesa da especialização do ensino, como na crítica ao patronato político. Num dos editoriais redigidos ao longo do ano de 1877, por Pacífico Pereira, na *Gazeta Médica da Bahia*, exigindo que fossem feitas as reformas necessárias à legislação sanitária e ao ensino médico, dedicado “aos médicos deputados”, ele criticava

*“o menosprezo da competência profissional na solução das questões que afetam interesses vitais da população (...). Quer no Governo Geral, quer nos provinciais, é doloroso dizer-lo (...) a consulta às habilitações reconhecidas na matéria, é muitas vezes suplantada pela opinião exclusiva dos que exercem o poder”*.<sup>2</sup>

Outro jornal médico expressava poucos anos depois uma opinião semelhante, tomando como exemplo as atitudes tomadas pelos governos “nos países mais cultos”:

*“É preciso que o governo se compenetre desta verdade: que somente os homens que se dedicam a um ramo especial de estudos podem ter os conhecimentos necessários para resolver questões práticas que se lhe referem. Se a ninguém é dado ser profundo em todos os ramos do saber humano, é claro que só os profissionais devem ser ouvidos e seguidos sobre as questões de sua especial competência”*.<sup>3</sup>

Ao mesmo tempo em que combatiam a ousadia com que se arrogavam tantos administradores “o direito de tudo entender, tudo conhecer e tudo reformar, sem consulta dos entendidos” – como se expressava o Dr. Moncorvo de Figueiredo – criticavam também

*“o vício radical de nossa classe” que vinha a ser “a tendência à absorção de conhecimentos os mais variados de nossa arte, julgando-se peritos, autoridades respeitáveis, muito confrades, em todas as múltiplas ramificações da ciência de curar. Temos para nós que tal é, também, a origem de nos conservarmos, indefinidamente, medíocres em matéria de ciência, nada produzindo de original aqueles que de tudo se ocupam com grande proficiência”*.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Mattos, Ilmar R. de, *O tempo saquarema*, São Paulo, HUCITEC, 1990, p. 181.

<sup>2</sup> *Gazeta Médica da Bahia*, Vol. III, 1877, p. 49.

<sup>3</sup> *União Médica*, Vol. I, 1881, p. 341.

<sup>4</sup> Figueiredo, C. A. Moncorvo de, *Do exercício e do ensino médico no Brasil*, Rio de Janeiro, Typ. Franco-Americana, 1874, p. 89.

As elites médicas clamavam, então, por uma reforma radical tanto na formação dos novos escúliptos – o que se daria através de um ensino que privilegiasse a especialização – quanto no desenvolvimento de um programa de pesquisas voltado para temas nacionais. A vanguarda profissional procurava antecipar-se às demandas que – acreditavam – adviriam como fruto necessário do desenvolvimento histórico. O exemplo proveniente do Velho Mundo revelava que o progresso encontrava-se inseparavelmente ligado à posição privilegiada conferida às instituições científicas e sua relação com o mundo da produção. Este era o argumento de Ramiz Galvão (1846-1925), professor da Faculdade de Medicina da corte, ao reivindicar a introdução das disciplinas experimentais nas faculdades médicas, visando criar condições para a posterior incorporação da profissão médica às arenas de decisão técnica da administração pública:

*“A falta de um aprendizado prático tem como consequência o despreparo par exercer as funções que a sociedade lhe há de pedir mais tarde. Onde os MÉDICOS LEGISTAS? Onde os INVESTIGADORES DE MATÉRIA MÉDICA? Onde os HIGIENISTAS de amanhã chamados a dar parecer sobre gêneros sofisticados de nossa alimentação cotidiana?”<sup>1</sup>*

A afirmação de uma imagem pragmática da ciência, “*a deusa do útil e do necessário*”, no dizer do professor de Botânica e Zoologia, foi crucial para que os reformistas do ensino médico encontrassem apoio para a sua causa. O discurso dos reformistas insistia na estreita dependência entre o progresso nacional e a

*“aplicação inteligente e apropriada que se dá, em qualquer ato da vida coletiva ou particular, às regras e preceitos indicados nos diversos ramos da ciência criados e desenvolvidos pelos médicos. (...) O FISILOGISTA ajuda o mineiro estudando a hematose. O HIGIENISTA estuda o fenômeno da aclimação das colônias imigrantes (...). OS PATOLOGISTAS estudam as causas das doenças (...) prescrevendo as regras que devem ser seguidas para que as epidemias não encontrem pasto em suas devastações. O médico TOXICOLOGISTA resolve os problemas criminais...”<sup>2</sup>*

Advogava-se que a criação de cursos especiais permitiria formar “*as verdadeiras vocações*”, em que poderiam criar raízes os germens dos futuros especialistas, “*mais dignos de fé*” e mais convenientemente instruídos.<sup>3</sup>

Enquanto algumas especialidades médicas encontravam sua justificativa na formação de quadros técnicos para o aparelho de Estado, outras disciplinas eram legitimadas em função de sua aplicação às questões sanitárias estratégicas para o desenvolvimento nacional. Embora a incorporação dos conhecimentos elaborados pelas novas disciplinas médicas que se afirmavam em solo europeu fosse percebida como condição *sine qua non* para a formação do médico clínico, seus conteúdos eram julgados insuficientes ou mesmo incongruentes face aos problemas médicos nacionais. Justificava-se, deste modo, um programa de pesquisas

<sup>1</sup> Galvão, Ramiz. Conferência pronunciada na Escola da Glória, *Jornal do Commercio*, 02 de setembro de 1880.

<sup>2</sup> Saboia, Vicente C. Discursos do diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no ato de formatura, Relatório do Ministério do Império, 1882, p. 6.

<sup>3</sup> Figueiredo, C. A. M. de, op. cit., p. 54.

voltado à especificidade da medicina brasileira. Note-se que as objeções eram referentes apenas aos conteúdos específicos, e não aos pressupostos metodológicos básicos.

As elites médicas postulavam, então, uma relação de complementaridade e não de exclusão entre a medicina acadêmica européia – tomada no sentido de medicina universal – e a medicina brasileira. Faziam-no afirmando a universalidade do método. Em editorial da Revista Médica, Júlio de Moura (1839-1892) postulava: *“Temos necessidade, fazendo aplicações dos meios experimentais, das luzes que recebemos com o desenvolvimento da arte, de estudar os males que nos afligem, segundo as modificações que lhes imprimem não só a topografia, como as influências climáticas, os nossos usos e a índole especial da nossa raça”*.<sup>1</sup>

O progresso da medicina nacional, isto é *“da climatologia e patologia tropicais e da terapêutica indígena”*, afirmavam os redatores da União Médica tornara-se tarefa fácil, visto que *“acompanhando a evolução da medicina hodierna, isto é, baseando-se nos conhecimentos de fisiologia, anatomia patológica, etc. poderemos aplicar o mesmo método empregado no Velho Mundo...”*<sup>2</sup>

A valorização da singularidade da manifestação dos fenômenos mórbidos nacionais criava como que um virtual monopólio de pesquisas aberto aos médicos brasileiros. O termo “Medicina tropical” – cuja primeira referência encontramos num artigo científico de Moncorvo de Figueiredo publicado em 1874 na Revista Médica – não possuía o sentido pejorativo que lhe seria atribuído mais tarde. Pelo contrário, designava todo um vasto terreno a ser desbravado pelos pesquisadores nacionais. O mesmo médico ao concluir seu artigo sobre a ação abortiva do sulfato de Quinina, afirmava estar convencido de que: *“os problemas clínicos da medicina nacional não poderão encontrar ampla e cabal solução no estrangeiro, alheios os práticos d’além mar às mil circunstâncias climáticas, topográficas, meteorológicas, etc. que modificam consideravelmente a patologia sul-americana”*.<sup>3</sup>

As novas formas estilísticas usadas pela imprensa médica para exteriorizar o novo conteúdo programático, como que confirmam a estreita relação entre o movimento médico corporativo e o *“bando de novas idéias”* – famosa metáfora do ensaísta e discípulo de Spencer, Sílvio Romero – que deram expressão aos ideais reformistas da época. Foi através de um estilo acentuadamente naturalista que Felício dos Santos justificou a relevância das pesquisas experimentais sobre a nosologia brasileira:

*“As moléstias peculiares do nosso país (...) são quase desconhecidas como as imensas riquezas de nosso solo. O continente americano é resultante de causas evolutivas, de transformismos tão diversos do antigo, que parece vasado em outro molde e regido por outras leis. Ora se a diferença dos meridianos menos influe nas nosologias, não é assim a das paralelas equatoriais. Nestas os fenômenos meteorológicos e telúricos tanto divergem do que se passa nos climas europeus que os países tropicais constituem para o naturalista uma especialidade. E o maravilhoso mundo infinitesimal que apenas começamos a lobrigar na penumbra do microscópio?(...) Esses monstros invisíveis, como os chama Fonvielle que circundam penetram até devorar o homem, esse organismos rudimentares formidáveis pelo número e vitalidade, legiões de larvas indefesas, nebulosas*

<sup>1</sup> Revista Médica do Rio de Janeiro, Vol. I, 1873, p. 93.

<sup>2</sup> União Médica, Vol I, 1881, p. 4.

<sup>3</sup> Revista Médica do Rio de Janeiro, Vol. II, 1874, p. 36.

*vegetantes, misteriosos germens, alados esporos, agentes e reagentes impalpáveis das mais estupendas fermentações biológicas e patológicas, esse microcosmo todo o que será nas nossas regiões? Se um grau de temperatura de mais e de menos basta para produzir nesse mundo misterioso os maiores cataclismos, revoluções mais radicais, criações e destruições mais notáveis do que as catástrofes geológicas de Cuvier, como deve ser ele amplificado, monstruoso, ciclônico nos nossos almos climas, na atmosfera tépida e úmida, exuberante de luz e de vida da zona tropical!*

*Esse estudo diferencial esta por se fazer. Quanto problema etiológico espera dele solução? A nosologia, a epidemiologia, a patologia, serão essencialmente topográficas como a geologia, a flora e a fauna. Eis um programa capaz de seduzir as maiores indolências – laboremos”.<sup>1</sup>*

A particularidade atribuída à natureza tropical surge como uma compensação diante do atraso no campo das investigações médicas em relação à ciência do Velho Mundo.

A defesa de algumas das novas especialidades, até então não contempladas pelo ensino médico, era feita, em geral, com argumentos que ressaltavam a insuficiência dos conhecimentos médicos produzidos na Europa tendo e vista a particularidade da nosologia nacional. Afirmava-se, assim, a necessidade de estudos originais. O estudo da oftalmologia seria justificado pelo fato de as afecções oculares no Brasil deverem-se “à insolação a que estamos expostos, particularmente nas fases mais cálidas da nossa estação calma, e ao reflexo do sol, sobretudo à beira mar”. Uma clínica, voltada ao estudo das moléstias dos velhos, era defendida a partir dos argumentos levantados por Tardieu, o famoso higienista francês, e pelas condições especiais do país: “é sabido ser no Brazil, um clima tropical, muito precoce a velhice, ficando portanto a pobreza desvalida prematuramente privada dos recursos do trabalho, fonte única de sua subsistência”.

A dermatologia e a sifilografia, disciplinas que alcançaram grande desenvolvimento naquele período, eram julgadas da maior relevância, pois de acordo com o relatório de 1871 da Junta Central de Higiene Pública, a sífilis seria “a afecção predominante do país”. Um índice tão elevado era explicado “em virtude do clima e do desenvolvimento prematuro da puberdade”, o que levava a mocidade a entregar-se com ardor aos prazeres sexuais. Quanto às moléstias da pele, Moncorvo de Figueiredo asseverava que elas revestiam-se, entre nós, de caracteres particulares, sendo portanto: “um daqueles pontos da patologia tropical, que reclama um estudo acurado, pois, as simples noções obtidas nos livros d’além mar não poderão fornecer o grau de instrução precisa, para com vantagem ocupar-se o prático ao tratamento daquelas entidades mórbidas neste país”.<sup>2</sup>

## Conclusão

Os exemplos aqui estudados, relativos ao imaginário dos médicos brasileiros do século XIX, procuraram esclarecer o significado específico desempenhado pela relação entre doença e lugar, na construção de vínculos materiais e simbólicos entre esse grupo profissional e a sociedade imperial e o Estado Monárquico. Como decorrência da síntese da patologia brasileira, identificada pela Academia Imperial da Medicina ainda na primeira metade daquele século, uma das questões científicas que se tornaram imperativas àqueles médicos

<sup>1</sup> Revista Médica do Rio de Janeiro, Vol. III, 1876, p. 13.

<sup>2</sup> Figueiredo, C. A. M. de, op. cit.



era a relativa, por exemplo, à natureza dessa intoxicação miasmática. Admitia-se, em consonância com a literatura internacional, que ainda não se havia alcançado qualquer solução que esclarecesse o *quid* secreto das emanações palustres.

*“Qual a natureza da matéria odorífera e gelatinosa que se putrefaz tão facilmente, que Moscati identificou na análise do ar ou dos vapores pantanosos? Como essa matéria produz o envenenamento do corpo humano em tão curto intervalo de tempo que se segue ao transbordamento de um terreno alagado? Porque ela age em certos anos, mais fatal, ou mais benigna, ainda que não se tenha verificado nenhuma mudança no lugar em que ela se produziu? Qual a esfera de ação das emanações pantanosas? A intoxicação ataca as vísceras das grandes cavidades, ou se restringe ao sistema ganglionar? Em um local pantanoso ocorre, às vezes, a suspensão da ação dos eflúvios, ou a intoxicação é sempre constante? Ela imprime seu veneno a todos os casos patológicos? Nas epidemias observa-se, sempre, uma coincidência com as epizootias? Quais são, enfim, as melhores indicações terapêuticas e higiênicas?”*

Estas e outras questões relativas à patologia brasileira foram retomadas na década de 1870, a partir de um novo enquadramento epistemológico. Com os novos enfoques teóricos idealizados pela noção de medicina experimental foi possível atualizar o programa de pesquisa enunciado pela Academia de Medicina, em torno das relações entre doença e lugar.

Claro está que para a medicina pastoriana, que faria triunfar, em fins do século XIX, a tese da etiologia específica, revogando toda a legitimidade da *démarche* climático-telúrica, tal programa de pesquisa lançado pela AIM não tinha nada de científico. A passagem desses fatos científicos que ligavam estritamente doença e lugar à categoria de credices ou de mitos, em fins do século XIX, correspondeu a uma alteração das regras de produção de verdades, isto é, à mudança do status de certas práticas e dos grupos que as sustentavam bem como a uma redefinição das hierarquias e valores sócio-profissionais.

A interpretação dominante até recentemente, na historiografia da medicina oitocentista, vinha apresentando a clínica e o laboratório como simbioticamente relacionados.. Nessa linha, o desenvolvimento dos laboratórios tem sido pensado simplesmente como um novo recurso que possibilitaria desenvolver o conhecimento médico de maneira complementar e mais apropriada. A versão mais freqüente é a que identifica como única orientação científica legítima aquela provinda da prática experimental do laboratório subsidiada pela clínica, o que levou muitos historiadores a avaliar as resistências à fisiologia experimental, à parasitologia e à bacteriologia, como resistência à própria ciência, seu método e seus valores.<sup>1</sup> De acordo com esse esquema tradicional, costuma-se identificar as diferentes práticas científicas como subordinadas a um conjunto de regras metodológicas gerais que lhes conformaria. Nesse caso, as etapas de formação de um novo objeto científico se tornam completamente “lógicas” e o diálogo entre as hipóteses e a experiências, simples e luminoso.

Recentemente, diversos estudos têm contribuído para reavaliar a concepção monolítica de ciência que informaria a construção dessa imagem. Ciência significaria diferentes coisas para diferentes grupos praticantes da medicina acadêmica, ao longo de todo o século XIX.<sup>2</sup> Assim, a vigência de diversas teorias médicas, além de algumas versões

<sup>1</sup> Warner, John Harley. “Science in Medicine”, in *OSIRIS*, 2nd. Series, 1985(2), 1: 37-58.

<sup>2</sup> Lawrence, Christopher, “Incommunicable knowledge: Science technologie and clinical art in Britain

particulares dessas teorias, teria relação com as normas e práticas sancionadas pelos membros dos grupos restritos (especialistas) que se organizavam em torno de determinados sistemas abstratos de conhecimento. Os novos membros ao serem socializados, isto é, treinados a partir desses imaginários sócio-cognitivos, alcançariam certas competências sobre um domínio do conhecimento médico. Como observa um autor, as disposições prescritas pelas regras metodológicas compartilhadas por cada grupo devem ser tomadas como normas no sentido sociológico, isto é, como papéis normativos que visam a justificar e a coordenar uma prática social.<sup>1</sup>

Uma conseqüência dessa abordagem culturalista das práticas e auto-representações próprias a cada grupo médico tem sido a apresentação da “revolução do laboratório” não mais como uma peça auto-evidente do progresso médico - uma mudança que não precisaria de nenhuma explicação - mas como o resultado de um processo liderado por alguns grupos: os partidários do laboratório como ideal sócio-cognitivo.<sup>2</sup> A afirmação do laboratório no ambiente médico passou a ser concebida globalmente, não só como uma fonte e um modo de produção de conhecimentos, mas também, como um veículo capaz de preencher as aspirações culturais e econômicas de certos grupos de médicos, em oposição a outros grupos de médicos - em especial os clínicos, que haviam transformado o hospital no centro principal de aprendizado, pesquisa e arbitragem do conhecimento médico.

---

1850-1814”, in *Journal of Contemporary History*, London, SAGE, Vol. 20 (1985), 503-20 e Pickstone, John V. “Ways of knowing: towards a historical sociology of science, technology and medicine”, *BJHS*, 1993, 26, 433-58.

<sup>1</sup> Shapin, Steven, *The Scientific Revolution*, The University of Chicago Press, Chicago, 1996.

<sup>2</sup> Cunningham, Andrew, “The laboratory and the identity of infectious disease”, in op. cit., *The laboratory revolution in medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 209-244.