

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

MAURICIO BECERRA REBOLLEDO

**FUNDAMENTOS ORGANICISTAS E PRÁTICAS LABORATORIAIS NA
PATOLOGIZAÇÃO DAS DROGAS NO BRASIL E NO CHILE
(MEADOS DO SÉCULO XIX AO INICIO DO SÉCULO XX)**

Rio de Janeiro

2015

MAURICIO BECERRA REBOLLEDO

FUNDAMENTOS ORGANICISTAS E PRÁTICAS LABORATORIAIS NA
PATOLOGIZAÇÃO DAS DROGAS NO BRASIL E NO CHILE
(MEADOS DO SÉCULO XIX AO INICIO DO SÉCULO XX)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Teresa Acatauassú Venancio

Rio de Janeiro

2015

MAURICIO BECERRA REBOLLEDO

FUNDAMENTOS ORGANICISTAS E PRÁTICAS LABORATORIAIS NA
PATOLOGIZAÇÃO DAS DROGAS NO BRASIL E NO CHILE
(MEADOS DO SÉCULO XIX AO INICIO DO SÉCULO XX)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Teresa Acatauassú Venancio (COC-Fiocruz) - Orientadora

Profa. Dra. Ana Maria Galdini Raiundo Oda (FCM – UNICAMP)

Profa. Dra. Cristiana Facchinetti (COC – Fiocruz)

Suplentes:

Profa. Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli (IMS- UERJ)

Prof. Dr. Flavio Edler (COC-Fiocruz)

Rio de Janeiro

2015

B389f Becerra Rebolledo, Mauricio

Fundamentos organicistas e práticas laboratoriais na patologização das drogas o Brasil e no Chile (meados do século XIX ao início do século XX) / Mauricio Becerra Rebolledo. – Rio de Janeiro: s.n., 2015.

292 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2015.

1. Drogas ilícitas - história. 2. Alcoolismo – história. 3. Toxicomania. 4. Psiquiatria. 5. Farmacologia. 6. Laboratórios. 7. Brasil. 8. Chile.

CDD 615.78

Agradecimentos

A minha orientadora, Ana Teresa, pelas sugestões, críticas e acompanhamento na construção desta dissertação. Seu incentivo constante foi de capital contribuição para a realização desta empreitada.

A meus professores e a minha turma do programa de mestrado em História das Ciências da Saúde da Casa Oswaldo Cruz, por terem me entregado momentos gratíssimos de troca intelectual, saberes desconhecidos e me apoiado em todo o processo de formação.

A Camilo, Luz, Mónica e Claudio, porque seu amor e apoio incondicional supera as barreiras da distância, do tempo e das ausências.

A Tribo Curicica: Catalina, Mónica, Camila, Gonçalo, Neiva, Laira, Márcia, Vubil, Liliana, Lucas, Nicole e Juliana. Em especial a William, Nadia e Maju pelo apoio nas últimas horas desta pesquisa: Gratidão por vocês por terem me animado e acompanhado; pelos jantares, as discussões, os almoços comunitários e outros momentos compartilhados. Vocês são minha família no Rio de Janeiro.

Especialmente a César Leyton do Chile. A Cláudia, Sandro, Paulo e Cristian, da Casa Oswaldo Cruz, cuja disposição e paciência foram muito importantes nestes anos no Rio de Janeiro.

Agradecimentos especiais também aos bibliotecários do Programa de Pós Graduação em História das Ciências da Saúde. Também merecem uma menção especial ao pessoal da Biblioteca de Obras Raras de Fiocruz, do IPUB/ UFRJ, da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, das bibliotecas das Faculdades de Farmácia e de Medicina da Universidad de Chile e da Biblioteca da Saúde da UFRJ.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Programa Estudantes-Convênio de Pós-Graduação – PEC-PG, da CAPES/CNPq – Brasil.

SUMÁRIO

RESUMO	7
INTRODUÇÃO	9
CAPITULO I	31
DOS SINTOMAS AO ORGÂNICO NA PSIQUIATRIA: O CAMINHO DA MEDICINA EXPERIMENTAL	31
1.1. Loucura, nervos e cérebro	32
1.2. A fisiologia dos nervos e as ciências laboratoriais	40
1.3. De Moreau de Tours à modulação de psicoses em laboratório: os efeitos das drogas	50
1.4. Da degeneração de Morel ao degenerado de Magnan	60
1.5. A embriaguez como doença: dipsomania e ensaios laboratoriais	66
1.6. A dimensão etiológico-evolutiva de Kraepelin	73
CAPITULO II	82
INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA E ESPAÇOS LABORATORIAIS NO BRASIL E NO CHILE	82
2.1. O advento do sanitarismo	82
2.2. As instituições de assistência aos alienados	88
2.3. Os espaços laboratoriais e a influência da fisiologia de Claude Bernard	104
2.4. As doutrinas médico-psiquiátricas da época: continuidades e rupturas	110
CAPITULO III	141
ALCOOLISMO: O MODELO DA PSICOSE TÓXICA	141
3.1. Álcool: do alimento e terapêutica à degeneração	143
3.2. Do delírio à psicose tóxica	162
3.3. A herança mórbida e a predisposição	175
3.4. Terapêuticas do alcoolismo: restauração da vontade e o ideário da abstinência	180
CAPÍTULO IV	192
ANESTÉSICOS E ESTIMULANTES, MÉTODO EXPERIMENTAL E TOXICOMANIA	192
4.1. Os vapores do éter e o clorofórmio	197
4.2. A precisão da morfina	204
4.3. Os estimulantes: A nicotina e a cafeína	208
4.4. Heroína e cocaína: sedativos e anestésicos	221

4.5. De cânhamo terapêutico a vício da diamba	236
4.6. A emergência do toxicômano	245
CONCLUSÕES	265
FONTES PRIMÁRIAS	273
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	282

Lista de Quadros

QUADRO 1	28
QUADRO 2.....	79
QUADRO 3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA E PSIQUIATRIA NO BRASIL E NO CHILE.....	100
QUADRO 4.....	104
QUADRO 5	137
QUADRO 6.....	139
QUADRO 7.....	187
QUADRO 8.....	205
QUADRO 9.....	244
QUADRO 10.....	262

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo acompanhar a emergência da categoria diagnóstica da toxicomania no Chile e no Brasil no campo psiquiátrico, durante o século XIX e nas três primeiras décadas do século XX, delimitando os fundamentos organicistas e as práticas laboratoriais inseridas no processo. Descreve-se a articulação no século XIX da farmacologia, da fisiologia e da anatomia patológica na configuração da ideia da degeneração nos discursos psiquiátricos. Acompanha-se a institucionalização da psiquiatria e das práticas laboratoriais que em ambos os países delimitam a configuração da toxicomania como doença mental. Do mesmo modo, evidencia-se a emergência da figura do alcoólatra e da noção de psicose tóxica nos discursos médicos em ambos os países e, finalmente, apresenta-se os fundamentos orgânicos e as práticas laboratoriais com fármacos que modulam a sensopercepção, inseridas na criação da categoria diagnóstica da toxicomania no Brasil e no Chile.

La investigación persigue acompañar la emergencia de la categoría diagnóstica de la toxicomanía en Brasil y Chile en el campo psiquiátrico, durante el siglo XIX y en las tres primeras décadas del siglo XX, delimitando los fundamentos organicistas y las prácticas laboratoriales que participaron del proceso. Se describe la articulación durante el siglo XIX de la farmacología, la fisiología y la anatomía patológica en la configuración de la idea de la degeneración en los discursos psiquiátricos. También se acompaña la institucionalización de la psiquiatría y de las prácticas laboratoriales que en ambos países delimitan la configuración de la toxicomanía como enfermedad mental. Al mismo tiempo, se determina la emergencia de la figura del alcohólico y de la noción de psicosis tóxica en los discursos médicos de ambos países y, finalmente, se determinan los fundamentos orgánicos y las prácticas laboratoriales con fármacos que modulan la sensopercepción, que configuraron la creación de la categoría diagnóstica de la toxicomanía en Brasil y Chile.

The research aims to accompany the emergence of the diagnostic category of drug addiction in the psychiatric field in Brazil and Chile, during the nineteenth century and the first three decades of the twenty century, making approach to organics fundamentals and laboratory practices in the whole process. This work describes the articulation of pharmacology, physiology and pathological anatomy at the degeneration idea of setting in psychiatric discourse in the nineteenth century. In addition, the work follows the institutionalization of psychiatrist and laboratory practices in both countries which establish drug addiction as mental illness. Likewise, this work highlights the emergence of the figure of the alcoholic and the notion of toxic psychosis in medical discourse in both countries and finally the work has organic foundations and laboratory practice with drugs that modulate the sense perception, inserted in creating category addiction diagnostic in Brazil and Chile.

INTRODUÇÃO

A coompreensão vigente do uso de drogas como uma conduta social a erradicar está cimentada em um discurso biomédico que patologizou o consumo de veículos de ebriedade e considera sua cura através da intervenção terapêutica. A historiografia sobre as drogas desenvolvida até o momento não tem considerado com atenção a emergência da figura dos usuários de drogas nos discursos científicos e os alicerces laboratoriais que contribuíram no enquadramento do uso de drogas como uma patologia a intervir. Com a exceção de algumas pesquisas desenvolvidas nos últimos anos¹, trata-se de um tema pouco explorado na historiografia da saúde na América Latina. Partindo desta consideração, este projeto de pesquisa procura acompanhar a emergência da figura da toxicomania como categoria diagnóstica nos espaços médicos do Chile e do Brasil na segunda metade do século XIX e até o começo da terceira década do século XX. A configuração da figura do toxicômano acontece em um momento de institucionalização da ciência psiquiátrica em ambos os países e de rearranjo epistêmico, que enquadra as práticas psiquiátricas no viés organicista sistematizado na época pelo alienista alemão Emil Kraepelin.

Neste sentido, a noção da toxicomania será analisada por meio da recepção, circulação e produção do saber médico psiquiátrico que patologizou o consumo de veículos de ebriedade, estabelecendo sua ligação com transtornos físico-biológicos e morais nos dois países envolvidos na pesquisa. Também vamos dar especial atenção à produção de fatos científicos que acompanham a estabilização da categoria diagnóstica da toxicomania. Ou seja, vamos prestar atenção às pesquisas feitas em anatomia patológica e às práticas laboratoriais feitas com psicofármacos no Chile e no Brasil, que concorrem para a configuração da categoria diagnóstica estudada. Se por um lado temos um importante desenvolvimento das teorias em torno das doenças mentais no período estudado, no processo de institucionalização da psiquiatria um patamar importante é a produção de fatos científicos pelas comunidades cognitivas envolvidas. Trata-se de procedimentos que, justificados em práticas laboratoriais e anatomopatológicas, tornam verdadeiras as hipóteses a respeito das ebriedades, fornecendo recursos para a legitimação da categoria diagnóstica e das práticas que concorrem para ser consideradas

¹ WEISSMANN, 2001; GARCÍA, 2008; BECERRA, 2009; ADIALA, 2011.

como científicas. Analisar tais práticas científicas também permite dar conta da circulação de saberes procedimentais e dos primeiros desenvolvimentos de práticas laboratoriais em ambos os países. Podemos dizer que aquelas empreitadas respondem a regimes de legitimação das ciências.

A emergência da figura do toxicômano no Brasil e no Chile se consolida em um momento de fortalecimento da visão organicista relativa à compreensão das doenças mentais. Para o caso do Brasil, Adiala comenta que a definição daquela categoria diagnóstica, junto à consolidação da representação patologizante das drogas, concorre para o processo de institucionalização do saber psiquiátrico². No caso do Chile, já observamos que a patologização do uso de veículos de ebridade correspondeu a um momento de consolidação da psiquiatria, que esteve inserido em um contexto de difusão de biopolíticas orientadas ao disciplinamento da população³. Considerando o anterior, este capítulo acompanhará o processo de configuração daquela categoria diagnóstica. Vamos continuar a linha traçada por Adiala na sua pesquisa sobre a constituição da questão médica das drogas no Brasil. O autor dá conta de como entre o final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, duas problemáticas do campo médico, inicialmente abordadas como questões diferentes, concorrem para esta configuração na década de 1920. Trata-se por um lado da questão da anestesia e da analgesia na terapêutica e, de outro, do problema do álcool. O primeiro aparece nas discussões médicas a respeito da aparição do uso de diversas substâncias para suprir a dor; e o problema do álcool configura argumentos, a partir do campo médico, a respeito da embriaguez para a discussão da vida social⁴.

A figura do ‘degenerado’ assume importância para a nossa análise, tendo em vista os enunciados que inseriram o uso de drogas dentro do universo referencial de doenças com um correlato orgânico, tendência constante desde o começo do século XX nas representações sobre a pessoa e suas perturbações na cultura ocidental moderna⁵. Ao mesmo tempo, é importante salientar a importância para a ciência psiquiátrica dos

² ADIALA, Julio Cesar. *Drogas, Medicina e Civilização na Primeira República*. Tese. Programa de Pós Graduação em História das Ciências da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2011. P. IX, 112.

³ BECERRA, Mauricio. *De psicosis tóxica a predisposición mórbida: Emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872 – 1954*. Tesis para optar o título de Periodista, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2009.

⁴ ADIALA, Op Cit. P. 70.

⁵ DUARTE, Luiz Fernando. O nervosismo como categoria nosográfica no começo do século XX. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010. P. 313.

veículos de ebriedade pela sua capacidade de modulação do estado mental⁶. As drogas, segundo Foucault, junto ao interrogatório psiquiátrico (que produz a anamnese) e à hipnose, foram, ao longo do século XIX, operadores fundamentais na medicalização e realização da loucura como doença⁷.

A história das drogas é um tema recente. A historiografia está construída por diferentes vieses analíticos. Tem-se uma ênfase nas práticas de uso de drogas de culturas diferentes no Ocidente⁸; na relação entre capitalismo e drogas na conformação do mundo moderno e na instalação de um regime normativo a respeito do que antes eram substâncias tidas como mágicas ou luxos sensoriais⁹; ou estudos mais específicos da associação entre determinadas drogas com migrantes específicos nos alvares da proibição nos Estados Unidos¹⁰. Outros enfoques se encarregam do processo pelo qual as drogas mais populares entraram nas redes globais de comércio¹¹ e também há uma história das drogas geral que se concentra no processo de banimento do uso de drogas no mundo e seus efeitos¹².

A formação de uma consciência do problema das drogas é um fenômeno da segunda metade do século XIX, um processo onde operaram diversos atores e retóricas. Enquanto as primeiras descrições acusando um ‘mau uso de drogas’ foram feitas por médicos da Europa, foi nos Estados Unidos que se produziu um grande movimento contrário à embriaguez, o qual exigia a intervenção do poder político e médico. Escotado aponta como causas que levam à proibição de determinadas substâncias os seguintes fatores: um renascimento cristão que observa nas diferentes ebriedades formas de impureza; representações de certas substâncias associadas a fenômenos raciais e econômicos; a ampliação das áreas de intervenção da corporação terapêutica e o trânsito de um estado teocrático a um terapêutico, processo que pode equivaler ao surgimento de biopolítica¹³.

⁶ Por modulação ou modificação do estado mental estou entendendo as mudanças que podem ocorrer no humor, na sensibilidade, percepção ou também no estado de vigilância e consciência dos sujeitos..

⁷ FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. Martins Fontes, São Paulo, 2006. P. 360.

⁸ FURST, Peter. *Alucinógenos y Cultura*. Fondo de Cultura Económica, México, 1976.

⁹ CARNEIRO, Henrique. *Filtros, mezinhas e triacas. As drogas no mundo moderno*. Editora Xamã, São Paulo, 1994.

¹⁰ MUSTO, Davis. *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. Oxford University Press, Oxford, 1999.

¹¹ COURTWRIGHT, David. *Las drogas y la formación del mundo moderno – breve historia de las substancias adictivas*. Barcelona. Paidós Contextos, 2002.

¹² ESCOTADO, Antonio. *Historia General de las Drogas*. Editorial Espasa-Calpe S. A., Madrid, 1999; DAVENPORT-HINES R. *La búsqueda del olvido: Historia global de las drogas, 1500-2000*. Barcelona. Fondo de Cultura Económica; 2004.

¹³ Ibid. P. 493.

Davenport-Hines, por sua parte, coloca também como momento de inflexão na história das drogas as descobertas da química de síntese. O historiador inglês, ao analisar informações desde o século XVI até a atualidade, explicou como os medicamentos que eram legais se tornaram o produto de maior negócio ilícito do mundo. Ao ânimo entusiasta da corporação terapêutica com as descobertas dos ingredientes ativos, adiciona-se o interesse pelas qualidades lúdicas no século XIX. A falta de parâmetros e contextos específicos de uso gerou problemas de overdoses e dependência; os quais no século XX contribuíram para a formação de imaginários em torno dos jovens nas cidades dos Estados Unidos e a configuração dos criminosos modernos em torno do tráfico¹⁴.

As transformações do significado da palavra ‘droga’ nos últimos cinco séculos é a ênfase de Carneiro para abordar a temática. O historiador brasileiro destaca que as drogas foram produtos coloniais que se difundiram desde o século XVI como artigos de luxo de estímulo sensorial produzidos nas Índias Orientais, como a pimenta, a canela ou a noz moscada; e nas Índias Ocidentais, como o pau Brasil, o açúcar e o tabaco. O conceito de droga abrangia naquele século todas essas substâncias¹⁵. Carneiro salienta a importância de todas elas na expansão marítima dos países ibéricos e na consequente conformação de um capitalismo transatlântico, para o qual várias substâncias nativas da América, da África e da Ásia integraram-se ao mercado mundial e se tornaram peças-chaves do sistema mercantilista e da acumulação primitiva do capital. “Desde sua própria gênese que o mercado mundial organiza como um de seus principais intercâmbios o comércio de drogas”¹⁶.

Embora todos os autores citados anteriormente estabeleçam as conexões iniludíveis entre a ciência médica e as descobertas de drogas - sua gestão e sua participação central na definição de que qualquer uso de drogas sem permissão terapêutica é abuso - poucos se detiveram em fazer uma história específica da emergência da figura dos usuários de drogas nos gabinetes médicos. Por sua vez, são poucos os trabalhos historiográficos do ponto de vista da história das ciências voltados ao tema das drogas.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ CARNEIRO, Op cit. P. 48.

¹⁶ Ibid. P. 43.

No Brasil, há uma produção historiográfica recente sobre drogas a partir de diferentes enfoques. Martins investigou a prática forense da justiça criminal do Rio Grande do Sul entre os anos de 1929-1930 perante traficantes de drogas e os critérios dos juízes exibidos nas sentenças¹⁷. Em Curitiba, Melo se debruçou no debate que precedeu as convenções de drogas internacionais, principalmente em torno da cannabis. Segundo ele, a medicina cientificamente legitimada acabou normativizando a vida social em função do desenvolvimento de um corpo saudável¹⁸. Na Bahia, Saad discutiu o processo histórico que culminou na proibição da maconha no Brasil em 1932, usando como fontes as teses médicas escritas desde o final do século XIX até as primeiras décadas do século XX, destacando a atuação do médico e político Rodrigues Dória, o primeiro a escrever a partir de uma perspectiva patológica sobre o uso de maconha, em 1915. Saad destaca que as ideias do médico baiano serviram para relacionar o uso da cannabis aos negros, cujos hábitos e práticas culturais eram vistos naquela época como obstáculos para concretizar os anseios por uma nação civilizada. A criminalização da maconha para Saad está envolvida em um processo semelhante ao de outras práticas de origem africana, como os cultos afro-brasileiros, a exemplo do candomblé¹⁹.

Sobre o Rio de Janeiro, Silva centrou sua análise entre os anos 1921 e 1945, descreveu o processo em que drogas vendidas nas boticas tornaram-se ilegais e analisou o processo de construção do imaginário que legitimou a criminalização das substâncias com efeitos no estado mental dos sujeitos. No contexto da implantação das primeiras leis de proibição do consumo de drogas, Silva analisou a transição do discurso médico sobre drogas para discursos em revistas, jornais e notas policiais do período, determinando as questões raciais, sociais e política ideológicas que configuraram os instrumentos de controle e repressão das drogas²⁰.

A partir de uma perspectiva da história das ciências, Adiala analisou o surgimento da categoria diagnóstica de toxicomania e as discussões envolvidas que terminaram consolidando a visão patológico-psiquiátrica sobre as drogas. O objetivo de Adiala foi analisar a relação entre drogas e loucura, bem como a criação e validação da

¹⁷ MARTINS Torcato, Carlos. *Discurso médico e punitividade penal: A repressão aos "tóxicos" em Porto Alegre no final dos anos 1920*. Monografia apresentada ao Curso de especialização em segurança pública e cidadania da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

¹⁸ MELO Pesqueira, André. *Ópio tropical: a cannabis e a questão das drogas no Brasil (1915-1949)*. Monografia da Licenciatura e Bacharelado em Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

¹⁹ SAAD, Luísa Gonçalves. *"Fumo de negro": A criminalização da maconha no Brasil (1890-1932)*. Dissertação do Programa de Pós-Graduação em História Social da Universidade Federal da Bahia, Salvador de Bahia, 2013.

²⁰ SILVA, Maria de Lourdes. *Drogas- da medicina à repressão policial: A cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945*. Tese de doutorado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

categoria diagnóstica específica da toxicomania como uma forma de degeneração mental e uma doença social que ameaçava o projeto de nação civilizada nas três primeiras décadas do século XX²¹. Adiala evidencia como a patologização do uso de drogas pela medicina foi parte de um conjunto de questões que possibilitaram a organização, legitimação e institucionalização de uma ciência médico-psiquiátrica²². Ele insere as representações médicas patologizantes do uso de drogas como parte de projetos do coletivo de pensamento daquela época voltados para a construção de uma nação civilizada ao longo do período nomeado como Primeira República no Brasil. “A utilização da categoria diagnóstica de toxicomania e todas as discussões em torno desta parecem ter sido centrais para a consolidação da visão patológico-psiquiátrica sobre as drogas e para a hegemonia da representação psiquiátrica sobre as drogas na medicina brasileira”²³.

O mapeamento de Adiala estabelece, em meados do século XIX, o início da discussão científica sobre as drogas no Brasil. Tal discussão foi centrada, no começo, nas substâncias anestésicas como o éter e o clorofórmio, que se prolongaria até 1880, quando a cocaína monopoliza as discussões, especialmente devido ao seu uso em especialidades médicas que começavam a se desenvolver: a oftalmologia, a obstétrica e a odontologia²⁴. O debate em torno das drogas é concomitante à reforma do ensino da Faculdade de Medicina de Rio de Janeiro, que introduz a medicina experimental na prática terapêutica²⁵.

Recentemente, também foram desenvolvidas pesquisas sobre a história das drogas em outros países da América do Sul, considerando as discussões científicas em outros países. Na Colômbia, García, usando como fontes a documentação das autoridades sanitárias do departamento de Antioquia e das revistas editadas pelas agrupações médicas e farmacêuticas, apresenta as negociações que acompanharam o processo de regulamentação da produção e prescrição de medicamentos, inseridas em um projeto nacional de higienização e medicalização durante o período que abrange as quatro primeiras décadas do século XX. O processo é nomeado pelo autor como “a

²¹ ADIALA, Op. Cit. P. IX e 112.

²² Ibid. P. IX.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid. P. 82.

²⁵ Ibid. P. 45.

medicalização do medicamento²⁶. Seu objetivo foi estudar o processo através do qual a gestão liberal do comércio dos remédios foi transformada pela prática médica em um domínio regulado. García apresenta como os diversos agentes envolvidos na gestão dos remédios heróicos negociam o controle da sua circulação, disputa atravessada pela emergência da medicina de patentes associada ao nascimento da indústria farmacêutica colombiana, cuidadosa em relação à propriedade intelectual dos medicamentos produzidos. Tudo isto acontece em um contexto geográfico paradoxal, sendo a Colômbia, ao mesmo tempo, produtora da matéria-prima para a fabricação de medicamentos e país comprador dos mesmos já refinados por laboratórios da Europa e dos Estados Unidos. A problemática tem como pano de fundo os debates em torno da saúde pública na Colômbia²⁷.

Na Argentina, encontramos o trabalho de Weissmann em torno das discussões levantadas pelo médico Leopoldo Bard (1893-1973) na segunda década do século XX sobre considerar as toxicomanias como doenças sociais²⁸. Weissmann insere a sua pesquisa na história das ideias e usa como fontes um caso policial pedido pelo próprio Bard ao chefe da polícia em 1923 para gerar um projeto de lei para o abuso de alcaloides. A autora destaca a longa disputa entre os saberes da psicopatologia e da criminologia, pela apropriação do campo da toxicomania. Através da análise do relatório médico, Weissmann vincula a discussão do período com a teoria da degeneração de Morel, disputa atravessada pela categoria de defesa social; ambas as teses promovidas na Argentina por Enrico Ferri²⁹ e José Ingenieros³⁰. Bard foi enfático ao dizer que a doença mental está associada a um déficit de vontade e construiu sua categoria diagnóstica ao partir das ideias de predisposição vinculada as ideias de Lombroso³¹. Weissmann também apresenta a discussão envolvida em torno do primeiro caso público de morfinomania em Buenos Aires em 1923, as demandas daí decorrentes

²⁶ GARCÍA, Víctor. *Remedios secretos, drogas heroicas y medicinas de patente: una historia de la regulación de los medicamentos en Antioquia, 1900-1940*. Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2008.

²⁷ Ibid.

²⁸ Leopoldo Bard publicou em 1923 *Los peligros de la Toxicomanía* em Buenos Aires, primeiro livro publicado na América Latina dedicado a configurar a categoria diagnóstica da toxicomania. Também Bard teve atuação política em Argentina, chegando a ser deputado.

²⁹ Enrico Ferri (1856–1929) foi um criminologista italiano fundador junto a Cesare Lombroso e Raffaele Garofalo da Escola Italiana de Criminologia Positivista. Na primeira década do século XX ele esteve na Argentina e no Chile promovendo suas ideias que propugnavam basear as ciências penais seguindo o método experimental das ciências naturais e a neutralização dos criminosos através da prevenção dos delitos.

³⁰ José Ingenieros (1877-1925) foi um médico psiquiatra e intelectual argentino representante do pensamento positivista na alvorada do século XX.

³¹ WEISSMANN, Patricia. Degenerados y viciosos. Primeras conceptualizaciones acerca de las toxicomanías en la Argentina. Em *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, Mar del Plata, 2001. P. 9.

pela penalização do porte de drogas e a consideração dos toxicômanos como sujeitos ‘em estado perigoso’ para a sociedade, como se verá na década de 1930³². O trabalho de Bard também foi retomado por Fasano, que partindo de um relato do médico bonaerense sobre um caso de morfinomania publicado em 1918 e 1923, procura demonstrar a estreita relação entre a criminologia e os estudos sobre a psicopatologia para reduzir o problema da toxicomania³³.

No Chile, a historiografia sobre as drogas vem sendo desenvolvida por Fernández, que se dedicou ao tema do alcoolismo nas primeiras décadas do século XX e, posteriormente, debruçou-se na articulação do mercado das drogas no Chile até a década de 1970. O alvo de Fernández foi definir as instituições voltadas para a regulamentação, definindo primariamente o que são a corporação médica e farmacêutica nas primeiras décadas do século e, posteriormente, a partir de 1930, as polícias. Fernández também se dedica a achar representações e experiências do consumo e as cargas simbólicas envolvidas³⁴.

A presente pesquisa pretende ser um aporte à história comparada das ciências na América Latina. Os estudos antes vistos, com a exceção de Adiala (2011), não privilegiaram um olhar a partir da história das ciências e dos saberes psiquiátricos. Embora tenham utilizado fontes e datado acontecimentos para construir uma história das configurações médicas referentes às ebriedades, não se orientaram para a análise específica da emergência da toxicomania como categoria diagnóstica pela ciência psiquiátrica. Além disso, a pesquisa busca ser original ao acompanhar o surgimento dessa categoria diagnóstica em dois contextos nacionais da América do Sul, observando nesta história das drogas a emergência da figura do toxicômano inscrita numa história do corpo.

Sobre a base de uma bibliografia sobre a história do corpo, parti mapeando alguns elementos da visão histórica da medicina sobre o corpo, que tem um momento de inflexão com o surgimento da anatomia patológica ao final do século XVIII. Com base neste pano de fundo, busco então o aporte teórico nas ideias sobre a constituição

³² WEISSMANN, Patricia. Morfinomanía y defensa social. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2001, N° 78.

³³ Na Argentina os médicos Bard (1923) e posteriormente Gregorio Bermann (1926) são os primeiros no continente a publicar livros centrados em entender o uso de veículos de ebriedade como uma patologia mental. Ver FASANO Cecilia. *Toxicomanías en la década del '20. Pequeños sucesos argentinos*. Em *Estrategias, Psicoanálisis y Salud Mental. Hospital Dr. Rodolfo Rossi*, Ano 1, N°2, Junho de 2014, La Plata.

³⁴ FERNÁNDEZ, Marcos: *Drogas en Chile (1900 – 1970): Mercado, consumo y representación*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2011.

científica propostas por Ludwik Fleck, Ian Hacking e Bruno Latour. Do primeiro considerarei a ideia sobre estilo de pensamento para entender o viés dos cientistas, enquanto os seguintes me ajudaram a refletir sobre o processo de produção científica, e o terceiro me auxiliou na análise feita a respeito dos espaços laboratoriais na institucionalização da ciência.

Para a nossa pesquisa, um ponto importante são as colocações feitas por Michel Foucault em *O Nascimento da Clínica* (1963), no qual o filósofo se debruça em dar conta da inflexão na compreensão do corpo na virada do século XVIII para o XIX, que provocou as mudanças no campo da anatomia clínica. A medicina ocidental moderna, instaurada a partir do século XIX, portanto, “caracterizou-se por uma racionalidade na qual o conjunto de sinais e sintomas dos enfermos foi associado a lesões dos órgãos e tecidos, passando os achados anatomopatológicos a ser considerados o fundamento do saber clínico e da condição de diagnóstico”³⁵. Foucault apresenta tanto a redefinição epistemológica, ontológica e técnica da percepção médica que, acontecida no início do século XIX, quanto a sua origem, propiciada pela interconexão de mudanças que aconteceram em uma série de dimensões, como a organização das profissões médicas e as novas formas de registro hospitalar que possibilitam as estatísticas de morbidez e mortalidade³⁶. Segundo Hacking, Foucault “denota tanto uma instituição, o hospital-escola, quanto a preleção clínica, um modo de falar (...) criação de uma classe autoconstituída de especialistas situada no seio de um novo conhecimento”³⁷.

Para Foucault, com a inflexão da anatomia patológica, a doença se desprende da metafísica do mal, com a qual estava emparedada há séculos, e encontra na visibilidade da morte (o convite de Bichat era abrir os cadáveres como base experimental clínica) sua forma plena, na qual seu conteúdo aparece agora em termos positivos³⁸. Assim, a inflexão mais importante acontece na passagem de uma medicina das superfícies e das classificações para uma medicina da profundidade, dos órgãos e das funções.

“A mirada clínica, treinada junto ao leito do paciente, conformada por atlas anatômicos e a experiência da anatomia patológica, deve ler agora o interior vivo do paciente sob a aparência, a distribuição e a progressão dos sintomas visíveis, a

³⁵ NUNES, Sílvia Alexim. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010. P. 374.

³⁶ ROSE, Nikolas [2007]. *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Editorial Universitaria Unipe, La Plata, 2012. P. 35.

³⁷ HACKING, Ian. *Ontologia histórica*. Trad. por Leila Mendes. São Leopoldo, RS: Editora Unisinos, 2009. P. 93.

³⁸ FOUCAULT, Michel. *El Nacimiento de la Clínica*. Siglo XXI Editores, México, 1966. P. 276.

fim de identificar a patologia subjacente que outorgam na origem e que constitui a chave de sua inteligibilidade”³⁹.

Seguindo o caminho das ciências médicas, a visão da medicina mental do século XIX tentou adquirir essa profundidade e ancorar as doenças mentais observadas em lesões orgânicas. A partir da anatomia patológica, segundo Foucault, pode-se compreender a importância da medicina na constituição das ciências do homem, importância que não só é metodológica, mas sobretudo ontológica, na medida em que toca ao ser do homem como objeto de saber positivo⁴⁰.

Para me ajudar nessa empreitada, procuro trabalhar com a noção de Ludwik Fleck de ‘estilo de pensamento’, colocada em sua análise histórica da sífilis antes de tornar-se uma entidade nosológica⁴¹. Ela vai se mostrar útil para analisar os discursos médicos no Brasil e no Chile que, pela via das causas organicistas, conceituaram a doença mental e o uso de modificadores do estado mental. O estilo de pensamento são as normas, princípios, valores e conceitos próprios de uma época que determinam e delimitam o pensar dos cientistas e os dispõem para perceber orientadamente e para a elaboração correspondente do percebido⁴².

O convite de Fleck é pensar os enunciados científicos em sua historicidade, ou seja, não como algo dado apenas por uma correspondência com a natureza, mas aceitando que os fatos científicos são condicionados cultural e socialmente. A delimitação produzida pelos cientistas estrutura o padrão para compreender os problemas colocados, sobre os quais vai se levantar seu prédio teórico. Fleck diz que acabam sendo o “culto comum a uma ideia”⁴³. Para Fleck a visão inicial frente a qualquer fenômeno carece de estilo, é desorientada e caótica. A observação, uma vez orientada pelo estilo de pensamento, permite que os iniciados na práxis científica adquiram a capacidade de observar em sentido científico. Os fatos e a realidade não se oferecem diretamente para o olhar dos cientistas, correspondendo os fatos ao fruto da interação do ver orientado determinado pelo estilo de pensamento. “A disposição para o

³⁹ ROSE, Op. Cit. P. 105.

⁴⁰ FOUCAULT, Op. Cit. P. 277.

⁴¹ Fleck desenvolve sua noção de ciência analisando a descoberta em 1906 de um teste sorológico pelo bacteriologista August Paul von Wassermann (1866-1925) que permitia detectar a presença do *Treponema palidum*, considerado o agente causador da sífilis, no sangue dos portadores da doença. FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Alianza Editorial, Madrid, 1986.

⁴² Ibid. P. 191.

⁴³ Ibid. P. 191.

perceber orientado é a raiz de todo estilo de pensamento”, comenta Fleck⁴⁴. Rose destaca que para ele o estilo de pensamento é um modo particular de pensar e ver. Supõe formular assertivas que apenas são possíveis e inteligibilizadas nesse marco enunciativo. Os fenômenos são classificados e arranjados segundo critérios de significação⁴⁵. Segundo Fleck, a disposição para o perceber orientado acaba modificando os objetos percebidos⁴⁶. Um estilo de pensamento não somente configura certa forma de inteligibilidade, certa perspectiva de explicação, mas também – explica Rose - o que há para explicar: “define e estabelece o objeto de explicação, o conjunto de problemas, temas, fenômenos do que a explicação procura dar conta”⁴⁷.

O estilo de pensamento também determina o processo de formação de um fato científico, sendo diferente a observação e as ênfases da visão que acabam por objetivar o conhecimento. Ao longo da história existiram diversos estilos de pensamento e o desenvolvimento tanto dos novos estilos como dos novos fatos científicos contém aspectos de conceitos e noções antigas⁴⁸. Uma apropriação da ideia de Fleck feita por Ian Hacking sugere a não existência de fatos a serem descobertos antes de serem construídos pela prática científica⁴⁹. Todo estilo de pensamento introduz novos tipos de entidades⁵⁰: “Cada estilo de raciocínio introduz novas novidades, inclusive novos tipos de objetos, evidências, orações, leis ou possibilidades (...) Também podem se formar novos tipos de classificação e novos tipos de explicação”⁵¹.

Embora a leitura das ideias de Fleck feitas por Nikolas Rose sejam aplicadas por ele ao processo de molecularização da vida⁵², traz colocações importantes para o objeto da nossa pesquisa. Rose comenta que, antes de Kraepelin, a visão das ciências ligadas à mente era visual. O que importava nas nosografias das doenças mentais a Philippe Pinel e Jean-Étienne Dominique Esquirol era obtido através de um estilo de pensamento centrado na observação dos comportamentos. Com Kraepelin, termina-se um longo percurso da neurologia que ancora o cérebro como o órgão onde está assentada a mente

⁴⁴ Ibid. P. 139.

⁴⁵ Ibid. P. 40.

⁴⁶ Ibid. P. 191.

⁴⁷ ROSE, Op cit. P. 41.

⁴⁸ FLECK, Op cit. P. 146.

⁴⁹ HACKING, Op cit. P. 213.

⁵⁰ Ibid. P. 210.

⁵¹ Ibid.

⁵² O estilo de pensamento molecular reorganiza a visão sobre as ciências da vida a partir da década de 1960, partindo das descobertas em genética. Rose o explica do seguinte modo: “A biomedicina contemporânea imagina a vida no nível molecular, como um conjunto de mecanismos vitais inteligíveis nos quais participam entidades moleculares que é possível isolar, mobilizar, recombinar, através de novas práticas de intervenção que já não se encontram restritas pela normatividade aparente de um ordem vital natural”. ROSE, Op cit. P. 29.

e as funções cerebrais. Desde essa inflexão epistêmica que superou o bloqueio da ciência sobre a alienação que circulava em torno dos sintomas visíveis, que o estilo de pensamento reduziu a ideia da mente, um velho dilema da filosofia, a simplesmente o que o cérebro faz⁵³.

A partir desta ideia, pode-se dizer que a configuração da categoria diagnóstica de toxicomania está embasada em um estilo de pensamento médico voltado a estabelecer conexões orgânicas com determinados comportamentos. Esse estilo de pensamento médico enquadrava as práticas milenares e diversas formas de ebriedade, dispersas em diferentes espaços culturais e históricos, a uma doença a ser tratada por agentes terapêuticos.

No Fedra de Platão, a noção *phármakon* é tida como remédio, veneno, droga, filtro e também como escritura. No relato do mito de Theut, quando ele cria a escritura, ele a chama como “remédio para a memória e a instrução”⁵⁴. Ou seja, na Antiguidade grega, o poder dos discursos compartilha o mesmo conceito do efeito dos veículos de ebriedade no corpo. Séculos depois, Paracelso dizia que *sola dosis facit venenum* (só a dose faz o veneno) quando se referia a drogas como o ópio, na qual a mesma planta compartilha a possibilidade de ser veneno ou remédio⁵⁵. No século XX, o médico espanhol integrante da Comissão da Liga das Nações na luta contra as drogas, Antonio Pagador, dizia que os derivados do ópio são “venenos da raça”⁵⁶. Nos três momentos assistimos a três inteligibilidades que derivam de três estilos de pensamento diferentes para referir-se a um mesmo tópico. Trabalharemos com a hipótese, no caso da toxicomania, de que esse olhar direcionado irá determinar as conclusões e os padrões de pensamento utilizados que a tornam um problema da medicina mental, da especialidade médica psiquiátrica no fim do século XIX e começo do XX, muito diferente do olhar dos dois momentos anteriores. Os objetos são apresentados de uma maneira diferente, com propriedades diferentes e com novas relações estabelecidas com outros objetos.

O que, em certo momento, foram práticas sócio-cognitivas, precisaram se modificar para se constituírem como ciências por meio do estabelecimento de regimes de verificação dos saberes desenvolvidos. Formam assim espaços de ideias que se constituem como disciplinas fornecendo modos de explicação dos fenômenos e

⁵³ Ibid. P. 374.

⁵⁴ DERRIDA, 1991: 44; *apud* Carneiro, 1994: 45.

⁵⁵ CARNEIRO (1994) P. 45.

⁵⁶ PAGADOR, Antonio. *Los venenos sociales: opio y morfina*

, Impresor. Barcelona, 1923. P. 122.

estabelecendo tipos de conexão, criando objetos que passam a existir (morfina, micróbios, corpo caloso, síndromes, conexões neuronais, dendrites, estados, proteínas, canais de íons, enzimas, genes, etc.) e fazendo como que outros deixem de ser centrais (humores, temperamento colérico, miasmas). Por isso fazer história das ciências leva a pensar não só na emergência de novas categorias, mas também sobre os “modos como um espaço de ideias possíveis foi formado”⁵⁷.

O regime de legitimação das ciências descansa na comprovação da veracidade dos chamados fatos científicos. Assim, ao revisar as conexões que estabelecem os médico-psiquiatras do Brasil e do Chile para definir e delimitar quando o uso de embriagantes é patológico, há que ter preocupação em encontrar o momento em que aquela inteligibilidade é estabilizada e aceita dentro da comunidade científica. Segundo Latour, “um fato é algo que é retirado do centro das controvérsias e coletivamente estabilizado quando a atividade dos textos ulteriores não consiste apenas em crítica ou deformação, mas também em ratificação”⁵⁸. Uma das condições que Latour estabelece para dizer que um fato científico foi estabilizado é sua desconexão com as condições que permitiram sua emergência, ou seja, com suas condicionantes históricas de produção. A estabilização dos enunciados acontece no “momento em que o enunciado desembaraça-se de todos os determinantes de tempo e lugar e de qualquer referência àqueles que o produziram, assim como o processo de sua produção”⁵⁹. Segundo comenta Ferla, a partir da ideia de Latour, “a atividade científica não começa com o *fato científico* estabelecido, mas inclui o *processo de seu estabelecimento*”⁶⁰.

A produção pela ciência psiquiátrica de um saber sobre a toxicomania está inserida no processo de circulação do conhecimento, entendido como o “processo de transmissão e recepção de ideias de uma região para outra”⁶¹. Preferimos utilizar essa noção para superar a compreensão difusionista do conhecimento, exposta num olhar binário centro-periferia. Stepan diz que a ideia de ‘difusão’ pressupõe uma defasagem temporal nas ciências e vê a chegada dos saberes a espaços diferentes de seu local de produção como uma superação da defasagem, como se os estágios científicos

⁵⁷ HACKING, Op cit. P. 39.

⁵⁸ LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação. Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Edit. Unesp. São Paulo, 1998. P. 72.

⁵⁹ LATOUR, Bruno & WOOLGAR, Steven [1979]. *A Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1997. P. 192.

⁶⁰ FERLA, Luis. *Feios, sujos e malvados sob medida: A utopia médica do biodeterminismo*, São Paulo (1920-1945). Alameda, São Paulo, 2009. P. 45.

⁶¹ DEVÉS, Eduardo. La circulación de las ideas y la inserción de los científicos económicos-sociales en las redes conosureñas durante los largos 1960. *Revista de Historia* N° 37 PUC vol. II. Julio- diciembre, 2004. P. 339.

estivessem antecipadamente mapeados pelos países mais avançados na marcha da ciência⁶².

No processo de circulação e adaptação, as ideias transmitidas sofrem mutações e hibridizações. Também sua aplicação obedece a disputas de sentido no seio da mesma comunidade científica envolvida. Ou seja, não se pode entender esse processo como a mera transferência de um saber produzido no centro do mundo para a periferia; a complexidade do processo está atravessada pelo rol das comunidades científicas locais, seus horizontes epistêmicos, suas conexões e sua capacidade de gerar conhecimento. A sedimentação dos saberes científicos vai formando capas, estabelecendo relações, impondo um estilo particular de fazer ciência que não pode se reduzir ao molde da mera reprodução do saber científico desenvolvido na Europa. “Os sistemas teóricos originais foram sofrendo um processo de intermediação e reinterpretações”⁶³.

Da mesma forma, a recepção e implementação das ideias científicas obedecem a condicionantes sociais, políticos, econômicos e culturais. O desenvolvimento das ideias é determinado por fatores que estão além do agir dos cientistas ou de sua correspondência com a realidade que tentam descrever. Como salienta Stepan, são determinadas por uma variedade de fatores contingentes e locais, pelas relações sociais e políticas dentro da sociedade. A ciência como prática humana não escapa aos conflitos de valor que existem em seu contexto social⁶⁴.

Os estilos de fazer ciência revelam também um condicionamento diferenciado que envolve as práticas sociocognitivas determinadas por circunstâncias históricas e geográficas. No caso de América Latina até o século XIX, os processos culturais e sociais nativos foram restringidos pela conquista e o modelo de sociedade ocidental imposta, o que produz formas de sincretismo no universo dos saberes locais e os novos, troca e misturas de conhecimentos⁶⁵. Entretanto, é preciso considerar, como observa Carrara, que a despeito dos esforços por inovar e criar uma ciência própria, as elites intelectuais do Brasil (e também do Chile), continuaram dependentes das teorias, ideias e, sobretudo, dos estilos de pensamento científicos produzidos nos centros

⁶² STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia. Raça, gênero e nação na América Latina*. Editoria Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. P. 39.

⁶³ SALDAÑA, Juan José. Teatro científico americano. Geografía y cultura en la historiografía latinoamericana de la ciencia. Introducción. Em SALDAÑA, Juan José (coordenador). *Historia social de las ciencias en América Latina*, UNAM/M. A. Porrúa, México, 1996. P. 28.

⁶⁴ STEPAN, Op cit. P. 40.

⁶⁵ SALDAÑA, Op cit. P. 10.

metropolitanos⁶⁶. Poderíamos considerar isso como um estilo de pensamento, um repertório cognitivo que integra classificações, ênfases, divisões disciplinares, aparelhos e formas de representação determinados pelos estilos de pensamento em circulação, produzidos fundamentalmente na Europa.

O processo de circulação dos conhecimentos, no que diz respeito ao Brasil e ao Chile, aconteceu em um momento em que as classes dirigentes de ambos os países estavam voltadas para projetos de modernização do Estado e reconfiguração desses países como nações. No caso do Brasil, no período de mudança das relações laborais pelo fim da escravidão, o fim da Monarquia e o início da chamada República Velha (1889). No caso do Chile, em um momento de reconfiguração das relações entre o Estado e as multidões depois da Guerra do Pacífico (1879-1883), que ampliou o território e trouxe uma reconfiguração da identidade nacional e a aparição dos sujeitos populares como problema de governo.

Os valores trazidos pela modernização dos Estados, daqui em diante, irá ser a objetividade e o racionalismo, tudo isso associado a uma ideia de progresso da ciência e constituição de verdades. Tanto no caso do Brasil como do Chile, a ciência foi um fator de legitimação dos Estados no fim do século XIX e começo do XX. As classes dirigentes viram a ciência como uma técnica ou uma engenharia social, visando a conformação de uma nova sociedade. “A figura política do ‘Estado soberano’ se adicionou à figura do ‘Estado racional e científico’”⁶⁷.

A produção do saber científico foi fundamental para os projetos modernizantes em função tanto do conhecimento dos territórios, das populações e dos recursos, como da sua inserção nas escalas globais de geração e transmissão de saberes. O período de 1880 a 1930 abrigou a implantação das instituições científicas e da ciência como campo de saber preponderante⁶⁸. O Estado moderno precisava de cientistas para se constituir e consolidar. Ferla comenta que “os cientistas tiveram uma renovada autoridade na definição das prioridades nacionais, sendo crescentemente legitimados como os agentes privilegiados da modernização do país”⁶⁹. Na América Latina, a corporação terapêutica, pela sua proximidade com o positivismo científico, foi a que ocorreu de maneira mais

⁶⁶ CARRARA, Sérgio. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. Em Hochman, Gilberto; Armus, Diego. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004. P. 431.

⁶⁷ SALDAÑA, Op. Cit. P. 27.

⁶⁸ STEPAN, Op. Cit. P. 49.

⁶⁹ FERLA, Op cit. P. 278.

ativa nesse processo. Stepan destaca que no caso particular desse continente, a medicina foi a área do saber mais profissionalizada e avançada institucionalmente⁷⁰.

Nesse processo de modernização dos Estados, portanto, houve o fortalecimento das corporações científicas, as quais já em meados do século XIX vinham se consolidando através de agremiações e publicações. Na América Latina, a criação de sociedades científicas obedeceu a diversas motivações:

“Desde atender as necessidades das jovens nações independentes na América passando pelas aspirações dos cientistas desses países, até se tornarem organizações de profissionais especializados já no final do século XIX”⁷¹.

No caso da circulação das ideias psiquiátricas, a recepção das novas doutrinas científicas tampouco foi isenta dos arranjos mencionados, e ocorreu através de negociações e adequações às tradições locais. Segundo comenta Fachinetti, no processo de internacionalização da psiquiatria, as transferências de saberes entre os países não configuram operações neutras:

“Conceitos e práticas seriam adquiridos em um país por razões particulares, sendo sua seleção determinada por propostas específicas, com o objetivo de impulsionar estratégias individuais e de grupos, de expandir novas esferas de competências ou de facilitar a aplicação de novas práticas e tecnologias”⁷².

Neste processo de circulação dos saberes, destaco a importância dos congressos médicos latino-americanos que ocorreram na virada do século XIX para o XX. Aqueles espaços foram criados pelos seus organizadores para dar conta e compartilhar saberes produzidos no continente. Eram encontros que comprovavam uma articulação de redes além dos circuitos de recepção e negociação dos conhecimentos produzidos na Europa. Deram conta de intrincadas redes locais para compartilhar e validar saberes criados ao sul do mundo e da própria geração de mecanismos de validação e consagração de trajetórias científicas, tanto individuais quanto de disciplinas. Naqueles eventos também

⁷⁰ STEPAN, Op. Cit. P. 50.

⁷¹ FERREIRA, L. O.; MAIO, M. C. e AZEVEDO, N.: 'A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa'. *História, Ciências, Saúde— Manguinhos*, IV(3): 475-491, nov. 1997-fev. 1998 P. 483.

⁷² FACCHINETTI, Cristiana; MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013. P. 240.

se pode observar o processo de escolha dos pensamentos trazidos pelas comunidades científicas locais e inferir sobre a vontade de inserção por parte dos cientistas destes diferentes países nas redes de conhecimento mundial. Almeida salienta que aquelas reuniões científicas foram momentos importantes para a consolidação do conhecimento e da profissão médica na América Latina, a padronização de medidas de proteção sanitária aplicadas nos distintos países e o incentivo e intercâmbio intelectual entre os diferentes países⁷³. No caso específico da nossa pesquisa, observo que, em 1909, os médicos brasileiros Márcio Nery e Henrique Roxo apresentaram trabalhos sobre a psicose alcoólica na sessão de neurologia, psiquiatria e medicina legal do IV Congresso Médico Latino-Americano, realizado no Rio de Janeiro⁷⁴.

No caso da psiquiatria, o processo de configuração de categorias diagnósticas é inerente ao processo de produção de subjetividades. Nomear, portanto, é constituir sujeitos e consolidar as ciências psiquiátrica e psicológica, do mesmo modo que as sustentações semânticas da psicopatologia acabam por configurar categorias de pessoas. Segundo Hacking, as ciências “trazem à vida novas categorias que, em parte, trazem à vida novas categorias de pessoas”⁷⁵. “Como pode alguém imaginar que os nomes das coisas foram impostos pela natureza delas?”, disse Thomas Hobbes (1588-1679) em *Elements of Philosophy*⁷⁶. A afirmação colocava em questão processos que transcorriam concomitantemente: a formação de categorias da natureza pelo saber retornava à experimentação como regime de verificação dos fatos.

Pode-se inferir que os estudos desenvolvidos por um estilo de pensamento voltado a criar uma categoria diagnóstica para o uso de embriagantes iniciam um programa de pesquisa na história da psiquiatria debruçado em definir, compreender e intervir, através do uso de fármacos, a percepção e o estado anímico. Hoje uma das características das ciências é sua ‘autoridade material’, definida por sua capacidade para inventar e produzir artefatos vivos⁷⁷. Entre os artefatos possíveis está a capacidade de

⁷³ Os Congressos Médicos Latino-Americanos, sediados no Chile (1901), Argentina (1904), Uruguai (1907), Brasil (1909), Peru (1913) e Cuba (1922) e os Congressos Brasileiros de Medicina e Cirurgia (1888-1929), foram analisados por ALMEIDA, Marta de. *Da Cordilheira dos Andes à Isla de Cuba, passando pelo Brasil: os congressos médicos latino-americanos e brasileiros (1888-1929)*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

⁷⁴ ADIALA, Op cit. P. 126.

⁷⁵ HACKING, Op cit. P. 64.

⁷⁶ Ibid. P. 122.

⁷⁷ HACKING, Ian. *Representing and Intervening. Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science*. Cambridge University Press, Cambridge, 1986; LATOUR, Bruno & WOOLGAR, Op cit.

modular diferentes estados da consciência, conhecimento que foi possível pelas pesquisas feitas no período da história da psiquiatria que vamos analisar.

Desta forma, nossa pesquisa trata de compreender o surgimento do toxicômano, hoje chamado de drogado, como um produto de práticas discursivas e sociais que o constituem como tal, e o fazem emergir como objeto de conhecimento e modelo de subjetividade imanente. Assumimos que na história da psiquiatria os sujeitos humanos encarnam diagnósticos. Ao debruçar nossa pesquisa nos alicerces orgânicos dados ao uso de embriagantes, intentamos apresentar como a categoria diagnóstica da toxicomania foi encarnada pelos saberes psiquiátrico e neurológico que a constituíram.

Nossa pesquisa toma como fontes primárias os escritos médicos produzidos nas duas últimas décadas do século XIX e nas três primeiras décadas no Brasil e no Chile do século XX, divulgados como textos científicos que fazem menção ao consumo de drogas. Isto implica a valorização do documento como objeto da investigação, entendendo que neles se expressam as discussões e os acordos que acabaram por configurar o tema que nos interessa. A época corresponde a um momento de consolidação crescente da medicina e de institucionalização da psiquiatria. Esse recorte temporal permite observar o panorama histórico do Brasil e do Chile em um período no qual os dispositivos sanitários para as populações começaram a ser implantados, ao mesmo tempo em que se observam investimentos na constituição de projetos civilizatórios, em vista o futuro destes países.

O objetivo desta pesquisa é descrever a emergência da categoria diagnóstica da toxicomania no Chile e no Brasil para a psiquiatra, durante o século XIX e nas três primeiras décadas do século XX, delimitando os fundamentos organicistas e as práticas laboratoriais inseridas no processo. Como objetivos específicos, iremos:

1. Descrever o processo de concorrência da farmacologia, da fisiologia e da anatomia patológica na configuração da ideia da degeneração nos discursos psiquiátricos.
2. Descrever o processo de institucionalização da psiquiatra e as práticas laboratoriais associadas, no Brasil e no Chile, no transcorrer do século XIX até as primeiras décadas do século XX.
3. Descrever a emergência da figura do alcoólatra e da noção de psicose tóxica nos discursos médicos em ambos os países.

4. Conhecer os fundamentos orgânicos e as práticas laboratoriais com fármacos que modulam a senso-percepção, inseridas na criação da categoria diagnóstica da toxicomania no Brasil e no Chile.

As fontes usadas serão as publicações médicas e psiquiátricas do Brasil e do Chile, o que inclui monografias, revistas científicas e jornais de comunicação da corporação psiquiátrica.

1. Brasil:

1.1. Livros publicados no período a analisar que tratem sobre o tema das drogas, escritos por agentes da corporação terapêutica nos séculos XIX e nas três primeiras décadas do século XX.

1.2. Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no mesmo período.

1.3. Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins.

1.4. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.

1.5. Artigos mencionados nas referências das revistas Brazil Médico e Revista do cursos práticos e theoreticos.

2. Chile:

2.1. Livros publicados no período a analisar que tratem sobre o tema das drogas, escritos por agentes da corporação terapêutica.

2.2. Teses de médicos e químicos farmacêuticos que falem sobre o uso de drogas e a toxicomania no mesmo período.

2.3. Anales da Universidad de Chile

2.4. Revista Médica de Chile.

2.5. Revista Farmacia Chilena.

QUADRO 1

RELAÇÃO DAS FONTES CONSULTADAS

Quadro fontes sobre alcoolismo

PAIS	Tese da FMRJ	Artigo em Revista Brasileira	Livro publicado no Brasil	Tese da FMUCh	Artigo publicado em revista chilena	Livros	Outras revistas Chile	Total
Brasil	11	6	1					18
Chile				5	6	5	2	18

Quadro fontes toxicomania

PAIS	Tese da FMRJ	Artigo em Revista Brasileira	Memória encontro científico	Tese da FMUCh	Tese da FQyFUCh	Artigo publicado em revista chilena	Livros	Total
Brasil	20	5	2				3	30
Chile				11	5	3	1	20

FMUCh: Faculdade de Medicina, Universidad de Chile.

FMRJ: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FQyFUCh: Faculdade de Química e Farmácia, Universidad de Chile.

A dissertação contém quatro capítulos, iniciando-se com um dedicado a revisar a produção de fatos científicos nos laboratórios europeus, fundamentalmente os que estabeleceram a conexão entre a noção da degeneração com as doenças mentais. Analisa-se o caminho que vai da inteligibilidade no nervosismo nos primórdios do século XIX até a ancoragem nos paradigmas da medicina orgânica, que localiza no cérebro a sede das doenças mentais. Concentraremos-nos principalmente em como o desenvolvimento da fisiologia, da farmacologia e da anatomia patológica contribuem nesta configuração⁷⁸. Também prestaremos especial atenção à construção da categoria do degenerado para a psiquiatria e a figura do alcoólatra, que acaba sendo a primeira prática de ebriedade a intervir-se.

No segundo capítulo, irá ser revisada a institucionalização da psiquiatria no Brasil e no Chile, atentando à institucionalização da assistência aos alienados e os espaços laboratoriais que no século XIX começam a estabelecer os primeiros fatos científicos a respeito de substâncias com efeitos sobre os estados mentais. Também consideramos importante revisar o desenvolvimento do sanitarismo como primeira estratégia de intervenção pública que vai delimitar as políticas assistenciais. Finalmente revisaremos a circulação das doutrinas médico psiquiátricas da época, prestando especial atenção às continuidades e rupturas.

O terceiro capítulo irá abordar a emergência do alcoolismo como categoria diagnóstica para a psiquiatria. Revisar-se-á as rupturas na inteligibilidade a respeito das bebidas alcoólicas, que acabam com a velha tradição de considerar o álcool como alimento e terapêutica; a configuração da psicose tóxica que vai fornecer um modelo para as futuras conceitualizações para entender a modulação da consciência; as conexões estabelecidas entre a herança mórbida e a predisposição; e por fim as terapêuticas recomendadas que se debruçam em restaurar a ‘vontade’ dos sujeitos sob o ideário da abstinência.

Finalmente, no quarto capítulo foram observadas as mudanças produzidas no Chile e no Brasil na inteligibilização das substâncias com efeito sobre a consciência desde a alvorada do século XIX até as três primeiras décadas do século XX, quando substâncias como a morfina, a cocaína e o cannabis são consideradas como

78 Desta forma centraremos nosso análise no trabalho dos alienistas Morreau de Tours e Valentin Magnan devido a que eles sintetizam a convergência da fisiologia, da farmacologia e da anatomia patológica na explicação sobre o uso de substâncias psicoactivas.

provocadoras de toxicomania. Revisaremos no capítulo como diversas substâncias consideradas anestésicos ou estimulantes contribuem, fundamentalmente no Brasil, para o desenvolvimento da medicina experimental, e como só algumas delas acabaram sendo consideradas na conceitualização da toxicomania como categoria diagnóstica pela psiquiatria.

CAPITULO I

DOS SINTOMAS AO ORGÂNICO NA PSIQUIATRIA: O CAMINHO DA MEDICINA EXPERIMENTAL

Na segunda metade do século XIX, no seu laboratório anexo ao Asile Ste. Anne, o alienista Valentin Magnan (1835-1916) injetava altas doses de álcool, cocaína ou morfina em cães e outros animais, preocupando-se em observar os intensos espasmos e convulsões provocados neles até suas mortes prematuras. Sua preocupação era obter imagens vívidas do efeito fisiológico tóxico dessas drogas e assim poder estabelecer a relação entre álcool e doenças, demonstrando os efeitos físicos da intoxicação no tecido nervoso. Magnan estava empenhado em comprovar a relação entre fisiologia e clínica no âmbito das doenças mentais⁷⁹. Desde que o alienista francês escrevera em 1869 uma monografia dedicada às intoxicações alcoólicas⁸⁰, as consequências não se detiveram a animais mortos por intoxicações ou parada cardiorrespiratória, mas também a comprovação dos efeitos, em grandes doses de substâncias feitas a partir dos princípios ativos de plantas, que interagem com a sensibilidade e os estados mentais.

Aqueles experimentos constituíram duas operações no campo do saber psiquiátrico. Uma foi contribuir para estabilizar o viés da ciência alienista de sua época, que procurava um substrato fisiológico das doenças mentais, concebendo um relato em escala experimental, reduzido em sua temporalidade para poder ser contemplado e descrito pelo olhar do cientista em conformidade com um conceito em formação: a degeneração. A outra operação foi demonstrar no laboratório a capacidade artificial de modular delírios e psicoses através de uma intervenção terapêutica calculada.

Em *Leçons sur la dipsomanie* (1882), Magnan abordou a questão da degenerescência relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas⁸¹. O interesse de

79 HARRIS, Ruth. *Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no fim de siècle*. Editora Rocco, Rio de Janeiro, 1993. P. 42.

80 Várias das obras de Magnan versam sobre os efeitos do alcoolismo, e em particular do absinto entre 1869 e 1874, quando publicou um resumo do seu trabalho na revista científica inglesa *The Lancet*. Alguns deles são: *Accidents determines par l'abus de la liqueur d'absinthe* (1864); *Epilepsie alcoolique; action spéciale de l'absinthe: épilepsie absinthique* (1869); *Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme, alcool et absinthe; Épilepsie absinthique* (1871); *De l'hémi-anesthésie, de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique* (1871); *Recherche de physiologie pathologique avec l'alcool et l'essence d'absinthe* (1873) e *De l'alcoolisme, des diverses formes de délire alcoolique at de leur traitement* (1874). Ver EADIE, MJ. *Absinthe, epileptic seizures and Valentin Magnan*. *J R Coll Physicians Edinb*. 2009 Mar; 39 (1). P. 78.

81 ADIALA. Op cit. P. 122.

Magnan era constituir a ideia da degenerescência como patologia heredodegenerativa, ou seja, a degeneração como um estado patológico e não como um estado regressivo, como foi a primeira conceituação feita pelo alienista Bénédict Augustin Morel (1809-1873). A ênfase laboratorial de Magnan procurava relacionar lesões cerebrais com condutas específicas. Neste sentido, as operações feitas por Magnan foram devidas à confluência de três caminhos na história do saber sobre a mente humana: a) O caminho da anatomia patológica no mapeamento do cérebro para estabelecer as relações orgânicas das doenças mentais; b) O desenvolvimento da fisiologia experimental que tentava compreender o funcionamento do corpo humano; c) A farmacologia voltada a conhecer e desenvolver drogas capazes de modelar a senso-percepção como se fazia no gabinete dos alienistas.

1.1. Loucura, nervos e cérebro

Da Antiguidade à época clássica, a loucura “não era considerada em sentido estrito uma doença, mas sim um distúrbio do espírito”⁸², mas o estilo de pensamento aberto por Vesalius (1514-1564), que assentou as bases da anatomia moderna com sua obra *De humani corpori fabrica* (1543), gerou uma mudança radical na sua conceituação.

Inspirado na filosofia mecanicista desenvolvida nos séculos XVI e XVII e cujo máximo expoente foi Vesalius, o filósofo Descartes (1596-1650) estabeleceu uma ideia do homem dotado de alma em seu corpo-máquina. Descartes, no seu *Tratado das paixões da alma* (1649), substituiu a noção de alma cristã argumentando que os animais são máquinas viventes e que o que as diferencia dos humanos seria a existência de uma alma racional⁸³.

A redução dos fenômenos a suas partes físicas e as interações mecânicas inteligibilizava o corpo humano como uma arquitetura de ossos e músculos. A desmontagem da ordem cosmológica do homem, própria do estilo de pensamento anterior, estabeleceu uma relação entre doenças e alteração de determinados órgãos. O próprio mecanicismo presente no pensamento de Descartes ao ser aplicado à anatomia descritiva, por meio dos saberes produzidos pela observação direta dos fenômenos

82 CAMPOS, Ricardo. Locos y criminales. El papel de la ciencia en la configuración del criminal en el siglo XIX. En Leyton, César; Palacios, Cristian. *Industria del delito. Historia de las ciencias criminológicas en Chile*. Museo Nacional de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Santiago, 2014. P. 11.

83 ABREU, Jean Luiz Neves. *Nos domínios do corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. P. 66.

mórbidos, vai deslocar a ideia cartesiana da glândula pineal como sede da alma para a afirmação da sede desta última, situada no cérebro. Nesta mudança, o anatomista e fisiologista Thomas Willis (1621-1675), com a publicação *Cerebri Anatomi* (1664), é um dos pioneiros da pesquisa neuroanatômica, cunhando o termo ‘neurologia’⁸⁴. Willis observou localizações cerebrais, estabeleceu que a excitação do córtex cerebral passava pela massa cerebral, depois pela medula e em seguida aos nervos⁸⁵. O anatomista pensava que a origem dos transtornos mentais eram problemas no sistema sanguíneo ou digestivo, que ‘afetavam os espíritos animais’ que circulavam pelo córtex cerebral e saíam para os nervos periféricos⁸⁶. Suas pesquisas foram concentradas na localização da histeria feminina no cérebro, deslocando-a da conceituação predominante até seu tempo, que a inteligibilizava no útero⁸⁷. Pouco tempo depois, o anatomista Albrecht von Haller (1708-1777), em *Elementa Physiologiae Corporis Humani*, publicado entre 1759 e 1766, desenvolve através de demonstrações experimentais de que a irritabilidade era propriedade das fibras musculares e a sensibilidade (sensação) era atributo exclusivo das fibras nervosas. Essa propriedade dos nervos estaria em sua capacidade de reagir aos estímulos dolorosos. Nesse sentido, podemos entender como a atribuição da sensibilidade às fibras nervosas abriu o caminho para explicar o funcionamento das ‘paixões da alma’ em termos médicos⁸⁸. Os conceitos de irritabilidade e sensibilidade das fibras nervosas de Haller lançaram as bases da neurofisiologia moderna⁸⁹.

As pesquisas em fisiologia foram amparadas no século XVIII pela chamada ‘economia animal’. Um expoente foi o médico e químico William Cullen (1710-1790), que cunhou o termo ‘neurose’ em 1769, afirmando o lugar preponderante da neurologia, e que também situou a histeria no cérebro, ressaltando assim o campo das doenças dos nervos⁹⁰. O método de Cullen é próprio da história natural, atento às classificações e à distinção de classes mórbidas por ordens, gêneros e espécies.

No século XVIII, as doenças mentais obedecem a uma concepção naturalista, expressa na alteração funcional do sistema nervoso. Cullen considerava a “própria vida como uma função da força nervosa e enfatizou o papel-chave do sistema nervoso na

84 PORTER, Roy. *Das tripas coração. Uma breve história da medicina*. Editora Record, Rio de Janeiro, 2004. P. 74.

85 SIERRA, Lucas. *Breve reseña histórica de la evolución de la Medicina i la Cirujía en el siglo XIX*. Lección de apertura del curso de Clínica Quirúrgica, Santiago, 1918. P. 727.

86 ROSE, Op cit. P. 372.

87 Willis junto a Thomas Sydenham (1624-1689) “eram as figuras de proa na defesa da tese de que a sede da histeria seria o cérebro. Rompendo com a tradição grega, eles articularam teorias que tornavam concebível a histeria em homens”. Ver Nunes, Op cit. P. 375.

88 ABREU, Op cit. P. 13.

89 PORTER, Op cit. P. 90.

90 NUNES, Op cit. P. 377.

causa das doenças, sobretudo das doenças mentais”⁹¹. Apoiando-se no conceito de irritação de Heller, para ele, a vida é primariamente tensão das fibras e sua conseqüente irritabilidade é provocada pelos fluidos que comunicam o sistema nervoso. Nesse estilo de pensamento, a neurose é uma doença sem pirexia nem transtorno local dos órgãos, produto direto de uma alteração geral do sistema nervoso⁹². Por isso, o sistema nervoso começou a se situar, em meados do século XVII, como elemento central para os estudos fisiológicos e patológicos⁹³.

No fim do século XVIII, as bases corporais da loucura outorgavam importância aos fluidos, os chamados sucos ou éteres nervosos, e concentravam as doenças mentais no grande plexo nervoso gástrico⁹⁴. Nesta época, longe da fisiologia experimental, o alienista Philippe Pinel (1745-1826) estabeleceu as bases da ciência da mente argumentando a unicidade das doenças mentais, e estabelecendo uma classificação sintomática que considera quatro categorias patológicas (mania, melancolia, idiotismo e demência) e um tratamento moral de cura⁹⁵.

Desde Pinel, os distúrbios do espírito podem ter cura no hospital psiquiátrico sob a observação atenta e intervenção dos médicos. Segundo Foucault, a função do hospital psiquiátrico no século XIX é ser:

“lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico em que as espécies de doenças são repartidas em dois pátios cuja disposição lembra uma vasta horta; mas também espaço fechado para um enfrentamento, liça de uma justa, campo institucional onde o que está em causa é vitória e submissão”⁹⁶.

Pinel também considerava que a tarefa dos médicos é reconduzir o paciente a um estado de razão, sendo os alienistas, na ausência de médicos, os substitutos da consciência do alienado. O médico do asilo é "ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que tem dela e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la na realidade pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio

91 PORTER, Op cit. P. 90.

92 FIGUEROA, G. Historia de la Psiquiatria. Em HEERLEIN, A. (Ed.). *Psiquiatria Clínica*. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatria y Neurocirugía de Chile. Santiago, 2000. P. 13.

93 PORTER, Roy. Op cit. P. 90.

94 KRAEPELIN, Emil. *Cien años de Psiquiatria. Una contribución a la historia de la civilización*. Asociación Española de Neuropsiquiatria, Madrid, 1999. P. 64.

95 PINEL, Philippe. *Tratado médico filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Ed. UFGRS, Porto Alegre, 2007.

96 FOUCAULT (2006), Op cit. P. 445.

doente”⁹⁷. A cura para Pinel era baseada nos princípios do regime moral, que procura “assegurar o reestabelecimento da razão”⁹⁸.

O estilo de pensamento de Pinel, definido pelo conhecimento disponível na sua época, compreende a mania como uma doença nervosa não relacionada a determinantes orgânicos⁹⁹. Ele mesmo diz que “a alienação do entendimento é geralmente vista como o produto de uma lesão orgânica do cérebro e, conseqüentemente, incurável, o que em grande número de casos é contrário às observações da anatomia”¹⁰⁰.

Concordava com Pinel seu discípulo Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840). As anatomias patológicas por ele feitas o levaram a concluir que os defeitos de conformação do crânio só eram encontrados na idiotia. Nas primeiras décadas do século XIX, as lesões orgânicas do cérebro haviam sido observadas apenas nos casos de epilepsia e paralisia, e dependiam da doença que havia causado a morte, e não da loucura¹⁰¹. Tanto Pinel como Esquirol situavam no sistema visceral a sede primordial da loucura, em particular no tocante às causas morais e às paixões. Os locais eram para Esquirol as extremidades do sistema nervoso e os focos de sensibilidade situados em regiões do corpo como o aparelho digestivo ou fígado¹⁰².

Segundo Bercherie, o trabalho de Esquirol foi o aprofundamento clínico, completando as observações feitas por Pinel. O tratado de Esquirol, publicado em 1848, é uma sistematização do alienismo francês, no qual define a loucura como “uma afecção cerebral, comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios da sensibilidade, da inteligência e da vontade”¹⁰³.

Esquirol separou os distúrbios mentais de substrato orgânico e os distúrbios mentais funcionais. Considerava a ‘idiotia’ um vício de conformação do cérebro¹⁰⁴. Para Esquirol, a monomania implicava uma perturbação da vontade que provocava condutas delitivas e criminosas, sendo involuntárias, instintivas e irresistíveis. Embora Esquirol atribuísse uma nítida predominância às causas morais da loucura, estendeu-se

97 Ibid. P. 388.

98 PINEL, Op cit. P. 73.

99 Ibid. P. 176.

100 Ibid. P. 72.

101 BERCHERIE, Paul. *Os fundamentos da Clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico*. Jorge Zahar editor, Rio de Janeiro, 1989. P. 55.

102 Ibid. P. 54.

103 Ibid. P. 50.

104 Ibid. P. 49.

detalhadamente sobre as causas físicas, em particular a ‘hereditariedade’, segundo ele a ‘causa’ predisponente mais comum da loucura¹⁰⁵.

Ao mesmo tempo, na esteira da ciência médica, o alienismo do século XIX tentou colocar seu saber no regime de legitimação do saber sobre as doenças do corpo. A visão geral que concebia às doenças como um estado anormal do organismo inteiro, já no século XVIII, foi ultrapassada pelas teses de Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) e do filósofo e fisiologista materialista Xavier Bichat (1771-1802). O primeiro deslocou a visão médica a uma visão ontológica, localizando as doenças em órgãos específicos¹⁰⁶; enquanto que o segundo, contemporâneo de Pinel, em 1799 publicou *Traté des membranes*, no qual exprimia sua tese de fazer correspondências entre os sinais externos com as lesões anatômicas e que, além do órgão, a patologia tem ser que procurada nos tecidos, definidos como “conjunto de células com forma e função semelhantes”¹⁰⁷.

O pensamento médico e alienista também foi influenciado pelo filósofo materialista Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808), para quem a medicina tem que lograr sua autonomia da física mecânica. Em função disso, propõe o desenvolvimento de uma ciência moral baseada na fisiologia e que supere o dualismo entre alma e o corpo. Para Cabanis, a alma estava localizada no centro nervoso e a consciência dependia das funções fisiológicas dos humanos. Bebendo do ideário da Revolução Francesa, na qual foi ativo participante da Assembleia, salienta as ciências naturais como base doutrinária da sociedade e que é possível modificar as condutas através da medicina e da fisiologia. O conhecimento das estruturas e funções do corpo para Cabanis eram a chave para compreender os fenômenos sociais. Segundo ele, as variações morais e intelectuais dos homens não podem ser compreendidas apenas pela influência das percepções exteriores, mas também pela influência das estruturas orgânicas. Em sua inteligibilidade, o sistema nervoso processa as impressões que chegam até o cérebro através dos nervos e o cérebro é o centro da vontade. Uma mudança das estruturas orgânicas corresponde a variações nas ideias e nas paixões¹⁰⁸.

O fisiologista Carlos Federico Burdach (1776-1847) tenta provar, no começo do século XIX, que o cérebro é o órgão da alma, tentando fazer uma analogia entre o

105 Ibid. P. 53.

106 ABREU, Op cit. P 118.

107 Ibid P 118.

108 BERCHERIE. Op cit. P. 23

conceito de alma e a morfologia do cérebro¹⁰⁹. Na mesma época, o olhar da medicina clínica foi ampliado pela invenção de dispositivos como o estetoscópio, construído em 1816 por Rene Theophile Hyacinthe Laennec (1781-1826)¹¹⁰, também pioneiro da medicina anatomoclínica em Paris, no Hospital Necker¹¹¹.

No campo da psiquiatria, a relação estabelecida ente a paralisia geral e a sífilis foi uma descoberta central para a validação do estilo de pensamento que procura um substrato orgânico para explicar a doença mental. Em 1822, o médico Laurent-Antoine Bayle (1799-1858) apresentou sua tese que estabeleceu a articulação causal entre a paralisia geral progressiva com uma lesão anatômica cerebral¹¹². Em seis casos de demência paralítica, determinou a presença simultânea de paralisia motora e alterações intelectuais. Ao mesmo tempo achou uma aracnoiditis crônica. Ou seja, evidenciava-se uma correlação direta entre os sintomas e a lesão¹¹³. O fundo orgânico procurado para explicar as doenças mentais, por fim, começava a se consolidar e a articulação estabelecida por Bayle pavimentou o caminho do localizacionismo cerebral¹¹⁴.

O caminho localizacionista espreitou sua legitimação na década de 1820 com a frenologia do alemão Franz Joseph Gall (1758-1828)¹¹⁵ e Johann Gaspar Spurzheim (1776-1832), que se esforçaram em delimitar na superfície do cérebro uma série de zonas para definir as sedes das faculdades humanas, teoria que atendeu as formas e dimensões do crânio como procedimento diagnóstico¹¹⁶. Gall tinha uma visão modular do sistema nervoso e, seguindo o estilo de pensamento médico de sua época, relacionou de forma direta uma taxonomia da subjetividade com locais específicos do cérebro, desenvolvendo assim uma teoria das localizações cerebrais e demonstrando finalmente que o cérebro é a sede da mente.

Embora fosse crítico dos métodos de Gall para estabelecer localizações cerebrais, o neurologista francês Pierre Flourens (1794-1867) se debruçou em

109 Burdach descreveu os cabos posteriores e feixes medulares do cérebro que levam seu nome. Entre suas obras destaca *Vom Bave und Leben dex Gehirns* (1819-1826), onde apresenta sua teoria tras aplicar o microscópio ao estudo do sistema nervoso. Também classificou o núcleo do tálamo e os núcleos das amígdalas. KRAEPELIN, Op cit. P. 51.

110 Laennec desenvolveu o estetoscópio para escutar o coração de uma paciente com sobrepeso. Publica seus resultado em *De l'Auscultation Médiante* (1819). ROSE, Op cit. P. 379.

111 PORTER, Roy. Op cit. P. 175.

112 BIRMAN, Joel. A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010. P. 369.

113 FIGUEROA, Op cit. P. 16.

114 DUARTE, Op cit. P. 315.

115 Franz Joseph Gall foi pionero em estudar as localizações das funciones cerebrais. Também foi o primeiro em identificar a materia gris como tecido ativo do cérebro e a substância branca como tecido conductor. Em 1806, publicou uma obra cuja tradução ao espanhol foi intitulada: *Exposición de la doctrina del doctor Gall, ó nueva teoría del cerebro*, considerado como residencia de las facultades intelectuales y morales del alma.

116 KRAEPELIN, Op cit. P. 148.

comprovar as teses do pesquisador alemão e foi o primeiro que tentou precisar experimentalmente as funções do cérebro e do cerebelo. Sua obra principal foi *Recherches sur les Experimentales propriétés et les fonctions du système nerveux dans les vertébrés animaux*, publicada em 1825. Até essa época, pensava-se que o cérebro precisava de toda a sua massa para cada uma de suas funções. Através de cerceamentos cuidadosos de partes do cérebro de coelhos e pombos, Flourens observou que as habilidades motoras, sensibilidade e comportamento correspondiam a diferentes áreas do cérebro. A remoção do cerebelo afetou o equilíbrio e a coordenação motora dos animais e a destruição do tronco cerebral (bulbo raquídeo) provocou a morte. Dessa forma, Flourens concluiu que os hemisférios cerebrais são responsáveis por funções cognitivas superiores, o cerebelo regula e integra os movimentos, e que a medula espinal controla as funções vitais, como a circulação, a respiração e a estabilidade geral do corpo. Suas pesquisas abriram a ampla porta do localizacionismo¹¹⁷.

Continuador do trabalho de Gall foi o cientista, médico, anatomista e antropólogo Pierre Paul Broca (1824-1880), que desenvolveu a craneometria, voltada para correlacionar lugares específicos do cérebro com atividades cognitivas e rasgos de personalidade¹¹⁸. Interessado nas relações entre a anatomia do cérebro e as características do crânio com as habilidades mentais e inteligência, seu projeto teórico teve sucesso em 1861 com a descoberta do ‘centro da fala’ no cérebro a partir do estudo de pacientes com afasia no Hospital Bicêtre e de necropsias feitas em seus corpos, conseguindo demonstrar que a afasia é posterior à destruição da terceira circunvolução frontal esquerda do cérebro¹¹⁹.

Mas décadas antes, as ciências biomédicas já tinham atingido novos patamares no seu desenvolvimento, os quais também vão ser aproveitados na empreitada de se conhecer em maior profundidade o cérebro. O microscópio, aperfeiçoado a partir da década de 1830, abriu o caminho para uma nova ciência das células (citologia), iniciada em 1838 pelo fisiologista alemão Theodor Schwann (1810-1862), que estendeu a teoria celular das plantas aos tecidos animais, considerando-as unidades fundamentais da

117 PEARCE, J. M. S. Marie-Jean-Pierre Flourens (1794-1867) and cortical localization. Em *European Neurology*. Vol. 61, No. 5, 2009. P. 312.

118 Robert Nye formula uma reflexão crítica sobre a apropriação e difusão do pensamento de Paul Broca, considerado um dos pioneiros da antropologia física. Fundou a Sociedade Antropológica de Paris em 1859; a *Revue d'Anthropologie* em 1872; e a Escola de Antropologia em 1876. No *Bulletin de la Société d'Anthropologie* publicou em 1861 a obra pioneira *Sur le principe des localisations cérébrales*. Ver NYE, Robert. *Crime, Madness and Politics in modern France*. The Medical Concept of National Decline. Princeton-NJ. Princeton University Press, 1984.

119 KRAEPELIN, Op cit P. 150.

atividade zoológica e botânica, formadas a partir de uma matriz amorfa que chamou ‘blastema’¹²⁰.

Sucessor de Laennec, o médico Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872), dedicado ao estudo da tuberculose e da febre, explicitou o projeto da medicina hospitalar em seu *Ensaio sobre a instrução clínica* (1834). Para ele:

“os sintomas (isto é, o que paciente sentia) tinham um valor clínico secundário; muito mais importantes eram os *sinais* (o que exame clínico constatava). Com base nesses sinais, era possível determinar as lesões dos órgãos enfermos – que eram os guias mais objetivos para identificar a doença, fazer prognósticos e, sempre que viável, conceber remédios”¹²¹.

Para Louis, a medicina clínica era uma ciência da observação a ser aprendida nos pavilhões hospitalares e nos necrotérios, através da anotação e da explicação dos fatos. “A formação médica devia ser uma disciplina da explicação dos aspectos visuais, dos sons e dos odores da doença - uma educação dos sentidos. O julgamento clínico, verdadeiro ofício do médico, estava na interpretação arguta do que os sentidos tarimbados percebiam”¹²².

Laennec, Louis e seus seguidores definiram a chamada teoria ontológica da doença através do delineamento dos sinais patológicos em pessoas vivas ou mortas. O deslocamento para a visão terapêutica deixa os sintomas, considerados variáveis e subjetivos, para aprofundar nos sinais, definidos como constantes e objetivos. Essa inteligibilidade ajudou a instalar a ideia de que as doenças eram entidades distintas a nomear e considerou os estados patológicos como qualitativamente diferentes dos estados normais¹²³.

Porter comenta que, por volta de 1880, o “hospital já é uma usina médica devido ao desenvolvimento de novas abordagens médicas, baseadas no exame clínico, na anatomia patológica e na estatística”¹²⁴. A centralização trazida pela Revolução Francesa permitiu aos alienistas usar grandes hospitais públicos naquela década, o que fez que em Paris reunisse um importante grupo de alienistas voltados para a investigação das doenças mentais. Teixeira comenta que o projeto liberal-burguês na França voltado para os médicos contribuiu “na formulação e implantação de uma política assistencial pública que respondesse à problemática da exclusão e inclusão

120 PORTER, Op cit. P. 104.

121 Ibid. P. 99.

122 Ibid.

123 Ibid.

124 Ibid. P. 175.

social de diferentes segmentos da população”¹²⁵. Na Alemanha, por outro lado, a ciência psiquiátrica se consolidou nos espaços universitários de pesquisa clínica, afastada de uma política de assistência¹²⁶.

1.2. A fisiologia dos nervos e as ciências laboratoriais

Na primeira metade do século XIX, as ciências laboratoriais se tornaram uma grande metodologia de pesquisa que, a longo prazo, produziram importantes descobertas para as ciências da mente e rearranjos epistêmicos. Segundo Porter, em meados do século XIX, o hospital era o local para fazer observações, o laboratório era o lugar certo para a experimentação controlada e sistemática, o que abriu espaço para a transformação da fisiologia e da patologia e, com isso, do ensino médico¹²⁷.

Um importante expoente desta empreitada foi o químico alemão Justus von Liebig (1803-1873), que, embora fosse um dos últimos propagadores das teorias miasmáticas das doenças, criou o molde para a ciência laboratorial, desenvolvendo métodos para submeter organismos vivos a análises químicas de quantificação dos processos metabólicos internos. Ele formava estudantes dedicados a aplicar os modelos e métodos das ciências físicas a organismos humanos, considerando o corpo como um conjunto de sistemas químicos. Nos círculos científicos próximos a Liebig “fizeram-se análises químicas de sangue, suor, lágrimas e urina a fim de quantificar as equações entre o consumo de alimentos e oxigênio e a produção de energia nos organismos vivos”¹²⁸. Foi Liebig que, na década de 1840, desenvolveu a teoria que considera o álcool como um alimento, período em que era muito frequente o uso de álcool nas práticas médicas¹²⁹.

As bases da farmacodinâmica moderna, que explicam o interagir das substâncias com o corpo, são fornecidas pelo modelo de ciência laboratorial de Von Liebig, cujas pesquisas também o levaram a descobrir as ações farmacológicas e químicas do organismo, sobre todos os fenômenos metabólicos, abrindo assim um projeto de

125 TEIXEIRA, Op cit. P. 97.

126 VENÂNCIO, Op cit. P. 884.

127 PORTER, Op cit. P. 102.

128 Ibid. P. 99.

129 SALES, Eliana. Aspectos da história do álcool e do alcoolismo no século XIX. Em Escritos sobre a saúde, doenças e sociedade. UFPE. *Cadernos de História*, Ano VII Nº 7, 2010. P. 179.

pesquisa abrangente que procura demonstrar a forma de atuar e os efeitos de todos os medicamentos nos tecidos humanos¹³⁰.

Nesta mesma época, a fisiologia se apresentava como disciplina experimental com Johannes Peter Müller (1801-1858), anatomista e fisiologista que publicou em 1833 o *Manual de fisiologia*, dedicado à ação nervosa e aos mecanismos sensitivos. O pesquisador, em 1830, já tinha evidenciado a existência de órgãos que secretam para a corrente sanguínea: as glândulas suprarrenais e as glândulas da tireoide, publicado em *De glandularum secernentium structura* (1830). Suas pesquisas reúnem a fisiologia geral, a química, a anatomia comparada e a zoologia. Também deu conta das propriedades físico-químicas do sistema linfático¹³¹. Um manifesto assinado pelos discípulos de Müller proclamava que a meta da fisiologia era “explicar reduccionistamente todos os fenômenos vitais, em termos de leis físico-químicas”¹³².

Em 1828, Friedrich Wöhler (1800-1882) sintetizou a ureia no seu laboratório a partir de substratos inorgânicos abrindo o caminho para a química orgânica. Segundo Porter, foi “uma prova convincente de que nenhuma barreira categórica separava os compostos vitais encontrados nos seres vivos das substâncias químicas comuns”¹³³.

A medicina experimental vai se consolidar com os trabalhos do médico e fisiologista francês Claude Bernard (1813-1878), que fez ensaios que abarcavam a fisiologia do sistema nervoso e do pâncreas, bem como experimentações em farmacodinâmica com anestésicos e venenos¹³⁴. Na sua tese de doutorado, iniciada em 1843 e concluída em 1853, Bernard se concentrou em descobrir a função glicogênica do fígado, e estabeleceu em 1848 a noção de ‘secreção interna’ depois de observar que o pâncreas derrama na circulação um produto que interfere na regulação dos níveis de açúcar no sangue¹³⁵. Sua obra *Introdução ao Estudo da Medicina Experimental* (1865) é um importante exemplo de um programa de pesquisa experimental em fisiologia e medicina¹³⁶. Também por volta de 1865, Bernard fez grandes demonstrações fisiológicas para comprovar o efeito de venenos como o monóxido de carbono e do

130 EDLER, Flavio Coelho. *Boticas & Pharmacias: Uma história ilustrada da farmácia no Brasil*. Casa da Palavra, Rio de Janeiro, 2006. P. 86.

131 LIPSCHUTZ, Alejandro. *50 años de endocrinología sexual*. Editorial Andrés Bello, Santiago, 1959. P. 15.

132 PORTER, Op cit. P. 103.

133 Ibid.

134 Entre os estudos de Bernard figuram *Études Physiologiques sur quelques poison américains: le curare* (1864), *Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses* (1857); *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux* (1858) e *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1859).

135 RODRIGUEZ de Romo, A. & BORGSTEIN, J. Claude Bernard and Pancreatic Function revisited after 150 years. *Vesalius*, Vol. V (1), 1999.

136 GARCÍA, Emilio. El cerebro como órgano, no substrato, de la mente. Sobre una tesis de Claude Bernard (1872). *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 27, núm. 2/3, 2006. P. 245.

curare nos músculos. Para Bernard, “só era possível obter conhecimentos patofisiológicos no laboratório, através de experimentos de vivisseção feitos com animais de laboratório em ambientes controlados. A interação da fisiologia com a patologia e a farmacologia constituía a chave da medicina experimental, e todas elas tinham que ser ciências laboratoriais”¹³⁷.

Em 1872, Bernard publicou *Des fonctions du cerveau* (As funções do cérebro)¹³⁸, texto no qual reafirma seu projeto de pesquisa localizando as operações da vida nos diferentes órgãos do corpo que servem como instrumento. Considera a digestão própria do estômago, a circulação do coração, a respiração própria do pulmão e o cérebro como local da inteligência e do pensamento, órgão das funções mentais. Para o fisiologista francês, embora a observação seja a base metodológica das ciências, a experimentação com a capacidade de verificar as condições de verificação dos fenômenos é capital para as pesquisas científicas. O experimento é uma observação provocada a fim de dar origem a uma ideia¹³⁹. Bernard comenta que

“o cérebro, pelo maravilhoso que pareçam as suas manifestações metafísicas, não pode ser uma exceção respeito dos outros órgãos do corpo (...) O sistema nervoso, sensorial e vasomotora, preside e dirige todos os fenômenos de circulação local que acompanham as funções orgânicas”¹⁴⁰.

As pesquisas de Bernard, as descrições morfológicas de Johannes Müller sobre as glândulas e os ensaios do fisiologista e zoólogo Arnold Adolf Berthold (1803-1861) fornecem a ideia de que as secreções internas são produzidas por um órgão específico. Berthold, pioneiro em endocrinologia, fez, em 1849, transplantes de testículos em frangos para relacionar os efeitos da castração com a secreção interna desses órgãos, comprovando que as secreções viajavam através da corrente sanguínea e que as gônadas tinham papel no desenvolvimento das características sexuais secundárias¹⁴¹.

Ao mesmo tempo, no campo da neurofisiologia, Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz (1821-1894), médico e físico, debruçava-se a medir o calor dos animais e a velocidade da condução nervosa; o fisiologista Emil Heinrich du Bois-Reymond (1818-1896) fazia estudos electrofisiológicos dos músculos e nervos; e Ernst Wilhelm

137 PORTER, Op cit. P. 106.

138 Na Revista *Revue de Deux Mondes*, 98, pp. 373-375. Ver GARCÍA (2006), Op cit.

139 Ibid.

140 BERNARD (1874, p. 21) *Apud* GARCÍA (2006), P. 248.

141 LIPSCHUTZ, Op cit. P. 15.

Ritter von Brücke (1819-1892), em Viena, concentrava-se na fisiologia neuromuscular¹⁴². Aquelas pesquisas seguiram a tradição de Luigi Galvani (1737-1798), autor *De Viribus Electricitatis in Motu Musculari* (1792), que através de ensaios com nervos de rãs estimulados com arcos metálicos carregados eletrostaticamente comprovou a possibilidade dos nervos de serem estimulados, marcando o caminho para a eletrofisiologia experimental¹⁴³. Essas pesquisas de laboratório eram contemporâneas de um momento de crescente concorrência do médico a respeito das doenças. Ele “conhece as doenças e os doentes, detem um saber científico que é do mesmo tipo que o do químico ou do biólogo”¹⁴⁴. Os regimes de legitimação terapêutica exigem que o médico possa descrever de acordo com um discurso cientificamente aceitável¹⁴⁵.

Em relação à loucura, os alienistas do século XIX acreditavam que era uma doença do cérebro. "Na Alemanha, Áustria e Suíça em particular, os neurologistas tentaram tornar visível o interior patológica da doença do sujeito da psiquiatria"¹⁴⁶. É um momento de rearranjo dos sustentos somáticos da psicopatologia, da passagem das teorias às hipóteses, as quais tem que ser suscetíveis de ser testadas por meio de experimentos, o que possibilitou o acúmulo de resultados¹⁴⁷.

No começo do século XIX, o racionalismo kantiano e a naturalização da loucura acabaram por se impor na psiquiatria alemã. Na primeira página do tratado *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (Patologia e tratamento das doenças mentais), publicado em Stuttgart em 1845, o neurologista Wilhelm Griesinger (1817-1868) afirmava que “sempre devemos ver antes que nada nas doenças mentais uma afecção do cérebro”¹⁴⁸. O psiquiatra alemão acreditava que as doenças mentais constituem um grupo particular de doenças do cérebro. Segundo ele, havia analogias entre alguns signos psicopatológicos, determinados transtornos do cérebro e a medula espinhal¹⁴⁹. Em 1840, o professor de neurofisiologia de Edimburgo, Thomas Laycock (1812-1876), já tinha postulado que o cérebro era uma prolongação da medula, pelo qual ambos tinham que estar governados por leis similares, ideia compartilhada por Griesinger. No seu Tratado de 1845, diz que a vida mental é submetida ao mesmo

142 PORTER, Op cit P. 103.

143 Ibid P. 92.

144 FOUCAULT (2006), Op. Cit. P. 446.

145 Ibid. P. 389.

146 ROSE, Op. cit. P. 382.

147 Ibid. P. 372.

148 ARNÁIZ, Ramón Esteban: Kaiser Kraepelin. Em KRAEPELIN, Emil. *Cien años de Psiquiatria. Una contribución a la historia de la civilización*. Asociación Española de Neuropsiquiatria, Madrid, 1999.P. 11.

149 KRAEPELIN, Op cit.P. 134.

princípio que os atos reflexos, desde os mais simples e automáticos até atos voluntários, dos quais estamos conscientes. Dessa forma, a doença mental seria causada por uma perturbação do equilíbrio entre os impulsos sensoriais e motores¹⁵⁰.

O projeto de arranjar o conhecimento psiquiátrico seguindo os avanços da biomedicina ganhava fôlego, ao mesmo tempo em que na psiquiatria alemã as entidades mórbidas se abriam para uma compreensão evolutiva. O iniciador da atual psiquiatria clínica, Karl Ludwig Kahlbaum (1828 – 1899), em seu tratado *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen* (Classificação das doenças psíquicas), publicado em 1863, propõe a necessidade de um ordenamento e uma visão evolutiva dos processos mórbidos aproveitando os avanços na histologia, microbiologia, medicina interna e neurologia¹⁵¹. Sua descrição da catatonia (1874) reúne uma sintomatologia típica, percurso e final fixos e similares, e uma causa específica¹⁵².

Porter comenta que, na Alemanha, as universidades promoveram o espírito de pesquisa. “O materialismo científico tornou-se a filosofia dominante nas escolas de pesquisa alemãs da segunda metade de século”¹⁵³. Com Griesinger, constituiu-se uma psiquiatria de universidade com uma forte vocação neuropsiquiátrica, o que propiciou o desenvolvimento de uma escola neuroanatômica, interessada em conectar os sintomas manifestos com danos cerebrais locais específicos¹⁵⁴. O sucessor de Griesinger na cátedra de psiquiatria de Berlim foi o neurologista Carl Westphal (1833-1890), que descreveu a agorafobia (1871) e fez a primeira descrição clínica da narcolepsia (1880) e da catalepsia (1877). Em 1870, publicou um trabalho dedicado ao ‘sentimento sexual contrário’, que resulta ser a primeira patologização das práticas homossexuais no campo da psiquiatria.

Embora o desenvolvimento da psiquiatria fosse mais lento que o das ciências biomédicas, na segunda metade do século XIX se produzem importantes avanços em direção da determinação das localizações das funções psíquicas no cérebro. Na

150 GAUCHET, M. L'Inconscient cérébral. Editora Seuil, Paris, 1992. P. 50. *Apud* WEISSMANN, Op. cit.

151 Kahlbaum é mais conhecido pela sua tentativa de superar o agrupamento dos transtornos mentais com base em similaridades de sintomas externos. Procurou desenvolver um sistema de classificação no qual a doença mental é agrupada com base em seu curso e no resultado, conhecido depois como caracterologia de Kahlbaum. Junto ao psiquiatra Ewald Hecker (1843-1909) foram pioneiros na aplicação de práticas clínicas modernas e introduziram um sistema de classificação das doenças mentais que usou termos descritivos, como distímia, ciclotímia, catatonia, parafrenia e hebefrênico. LANCZIK, M. Karl Kahlbaum (1828-1899) and the Emergence of Psychopathological and Nosological Research in German psychiatry. *History of Psychiatry* 3. 1992.

152 FIGUEROA, Op. cit. P. 17.

153 PORTER, Op. cit. P. 103.

154 FIGUEROA, Op. cit. P. 17.

Inglaterra, as convulsões epiléticas foram conceituadas pelo neurologista do Hospital de Londres, John Hughlings Jackson (1835-1911), não como um sintoma, mas como uma descarga do tecido nervoso sobre o músculo¹⁵⁵. Suas pesquisas, resumidas em *A study of convulsions* (1869), foram influenciadas pelas ideias de Laycock, que postulava o conceito de ‘reflexo do cérebro’, ou seja, que o órgão da mente está sujeito às leis da ação reflexa¹⁵⁶. As pesquisas de Jackson abrangem a oftalmologia e a neurologia, relacionando ao mesmo tempo patologia, anatomia e fisiologia. Para seus diagnósticos, apoiava-se na análise do quadro clínico em relação com o tecido e o órgão afetado, e também observava a função comprometida. Apoiava-se também em instrumentos como o oftalmoscópio e o martelo de reflexos¹⁵⁷.

Na mesma época, cientistas alemães e ingleses faziam ensaios provocando convulsões em animais através do estímulo do córtex cerebral. Em 1870, na Alemanha, Eduard Hitzig (1838-1907) e o anatomista Gustav Fritsch (1837-1927) fizeram o primeiro ensaio sobre a localização no cérebro, provocando convulsões circunscritas a certos músculos com o estímulo elétrico de alguns pontos da superfície do cérebro¹⁵⁸. Em 1873, na Inglaterra, o fisiologista David Ferrier (1843-1928) testava esses experimentos como diretor do laboratório do West Riding Lunatic Asylum, hospício psiquiátrico localizado em Yorkshire. Seus experimentos produziram lesões no cérebro de macacos devido aos estímulos elétricos do córtex cerebral. Tais experiências foram financiados pela Royal Society e constituiriam a primeira transposição de mapas corticais obtidos a partir de macacos para o cérebro humano. Suas pesquisas foram condensadas no livro *The Localization of Brain Disease*, publicado em 1876¹⁵⁹. Os ensaios de Ferrier modelaram a conceituação que fez Jackson, em 1873, da epilepsia, que define como uma “descarga de substância gris súbita, excessiva e rápida”¹⁶⁰.

Jackson também adere à hierarquização das funções do sistema nervoso. Em 1874, em um artigo publicado em *Medical Press and Circular*, aplica a teoria da evolução do filósofo Herbert Spencer na neurologia. Essa teoria considerou que os centros nervosos superiores eram mais numerosos, especializados e complexos do que os centros inferiores. Sua inteligibilidade da organização evolutiva do sistema nervoso

155 COVO, Pedro. John Hughlings Jackson, un científico victoriano. *Acta Neurológica Colombiana*. Vol. 22, 2006. P. 259.

156 GAUCHET, M. *L'Inconscient cérébral*. Editora Seuil, Paris, 1992. Apud. WEISSMANN, Op cit.

157 COVO, Op cit. P. 259.

158 KRAEPELIN, Op cit. P. 149.

159 SANDRONE, S., & ZANIN, E. David Ferrier (1843-1928). *Journal of Neurology*, 261(6). 2014. P. 1248.

160 COVO, Op cit. Pag. 259.

tem três níveis: um nível mais baixo, localizado na medula espinhal e onde os movimentos se apresentam na sua forma menos complexa; um nível médio, que seria a área motora do córtex; e o nível superior, que estaria localizado na área pré-frontal, mais evoluído, e que controla as funções dos centros inferiores¹⁶¹.

Paralelamente, Theodor Meynert (1833-1893), na Universidade de Viena, vinculava a anatomia, a patologia e a histologia, contribuindo com o mapeamento do cérebro e estabelecendo correlações entre processos neuroanatômicos e mentais; e o anatomista e neuropatologista, Karl Wernicke (1848-1904), seguindo as pesquisas de Broca, distinguiu a afasia sensorial (1874), diferenciando-a da afasia motora pela sua localização na circunvolução temporal superior esquerda do cérebro, considerada a partir daí a sede da compreensão e da palavra. A síndrome afásica descrita por Wernicke corresponde a uma lesão no lóbulo temporal. Também descreveu a encefalopatia de Wernicke, doença neurológica causada por déficit de vitamina B1. Westphal, Meynert e Wernicke integram a corrente *Gehirnpathologie* (psiquiatria do cérebro)¹⁶².

Em fins do século XIX, o anatomopatólogo Paul Emil Flechsig (1847-1929) distinguiu os campos do córtex cerebral, chamados de centros sensoriais e centros associativos através de pesquisas para diferenciar as áreas do córtex, colorizando-as com mielina¹⁶³; e o fisiologista Emil Theodor Kocher (1841-1917), na mesma época (1883), definiu as funções das glândulas tireoides¹⁶⁴.

A sífilis, no entanto, continuaria fornecendo fatos para os arranjos orgânicos e, a sua vez, conectando o orgânico com o social. Em 1883, Jean Alfred Fournier (1832-1914) realizou uma descrição da sífilis congênita, destacando a doença como causa de processos degenerativos em diversos órgãos. Dessa forma, foi um dos pioneiros em associar a sífilis com manifestações tardias, como tabes dorsalis e neurosífilis. Ao mesmo tempo, voltava-se também para cruzadas sociais, publicando vários livros, difundindo as ameaças da doença venérea e fundando a organização Société Française de Morales et Prephylaxie Sanitarie¹⁶⁵. Em 1901, os cientistas Fernand Widal, Jean A.

161 BERRIOS, German. Jackson and his "The Factors of Insanities". *History of Psychiatry*. Vol. 12, 2001. Pag. 353-373.

162 ARNÁIZ, Op. cit. P. 12.

163 Publica os resultados em 1889 no artigo Ueber eine neue Färbungsmethode des centralen Nervensystems und deren Ergebnisse bezüglich des Zusammenhanges von Ganglienzellen und Nervenfasern. Em *Archiv für Physiologie*.

164 KRAEPELIN, Op. cit. P. 150.

165 WAUGH, M. A. Alfred Fournier, 1832-1914, His influence on venereology. Em *British Journal of Venereal Diseases*. Vol. 50 (3), 1974. P. 232-236.

Sicard e Paul Ravaut divulgaram o exame citológico do líquido cefalorraquidiano¹⁶⁶. A busca de um agente etiológico para a sífilis teve sucesso em 1905, quando o dermatologista Erich Hoffmann (1868-1959) e o zoólogo Fritz Schaudinn (1871-1906) anunciaram a descoberta da *Spirochaeta pallida* nas secreções e nos papilomas de pessoas sífilíticas. Embora a descoberta não tenha sido aceita imediatamente pela sociedade científica alemã, pesquisas de outros cientistas, em úlceras de macacos inoculados com secreções sífilíticas e na detecção do treponema no fígado e baço de uma criança morta com sífilis congênita, confirmaram a descoberta¹⁶⁷.

A relação conclusiva entre sífilis e a paralisia geral progressiva foi finalmente comprovada pelo psiquiatra Felix Plaut (1877-1940), diretor do Departamento de Sorologia no *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*. Plaut trabalhou com August von Wasserman (1866-1925) no desenvolvimento de um teste sorológico para sífilis através do sangue e do líquido cefalorraquidiano. Objetivando analisar as correlações entre a doença e transtornos psiquiátricos, Plaut realizou os primeiros estudos sobre a reação imunológica do cérebro diante à infiltração sífilítica. Segundo Kraepelin, a descoberta da origem sífilítica na paralisia geral “representa o progresso mais importante que fora realizado até agora para o conhecimento das condições de aparição da loucura”¹⁶⁸. O fato, para Kraepelin, confirmou o progresso da ciência e também do posicionamento do próprio Kraepelin diante dos resultados.

A combinação que se dá entre a paralisia geral e os sintomas neurológicos foi o modelo da doença mental orgânica. A legitimação médica do alienismo do século XIX foi construída ao redor da presença de uma lesão orgânica que definiria a doença mental. Essa concepção somática dos transtornos mentais e sua localização cerebral constituíram o ponto de partida para a assimilação da loucura à corporeidade do indivíduo. Neste contexto está inserido tanto a frenologia como o método anátomo-clínico¹⁶⁹. Assim, começam a orbitar outras doenças, tais como a tabes dorsalis, epilepsia, histeria, melancolia, mania, depressão, paranoia e outras figuras da loucura, que nesta nova inteligibilidade passavam a ser consideradas apenas como quadros

166 CARRARA, Sérgio; CARVALHO, Marcos. A sífilis e o aggiornamento do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010. P. 394.

167 SOUZA, Elemir Macedo de. (2005). Há 100 anos, a descoberta do Treponema pallidum. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(5). Pag. 548.

168 KRAEPELIN, Op cit. P. 151.

169 ARAYA, Claudia; LEYTON, César. Atrapados sin salida: terapias de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile, 1930-1950. Em Correa Gómez, María y Landaeta Sepúlveda, Romané (cordinadores). *Historizar los cuerpos y las violencias. América Latina, siglos XVII-XXI*.

sintomáticos¹⁷⁰. Com a descoberta da origem da paralisia geral dos insanos na espiroqueta sífilítica localizada no cérebro, os gabinetes de autopsia dos psiquiátricos por fim começaram a produzir fatos científicos e, assim, surgiram novas entidades para legitimar o discurso psiquiátrico fundamentado na biologia.

“Não deixa de ser surpreendente o modo pelo qual uma entidade nosológica particular – a paralisia geral progressiva – foi estratégica para a afirmação do organicismo no campo dos ‘problemas mentais’. Em dois momentos históricos, separados por quase um século, ela desempenhou papel crucial na integração, tão desejada por psiquiatras e alienistas, de sua disciplina aos paradigmas mais legítimos da ciência médica. (...) Serviu a partir daí de emblema para a ideia de que a doença mental não só tinha causas orgânicas, mas que tais causas habitavam o fantástico universo dos infinitamente pequenos. Estendia-se, assim, uma ponte entre psiquiatria e bacteriologia, entre clínica e laboratório, franqueando à loucura a entrada na ‘era microbiana’”¹⁷¹.

A psiquiatria francesa, na metade do século XIX, procurava, a partir das ‘espécies clínicas’ de Pinel e Esquirol, definir unidades nosológicas. O passo seguinte foi a noção de ‘unidade nosológica’, que constituía a ‘espécie mórbida’, que foi a mudança na inteligibilidade a partir do momento em que o positivismo francês adotou uma visão anatomoclínica. Na época, o alienista Jean Pierre Falret (1794-1870), que estabeleceu a noção de ‘loucura circular’ e forneceu a definição do método clínico em psiquiatria¹⁷², introduzia as alucinações na sintomatologia psiquiátrica em uma empreitada que tentava dar conta do substrato anatômico dos transtornos mentais¹⁷³. Por sua vez, Jean Baillarger (1809-1890) descobriu, por volta de 1840, que o córtex cerebral está dividido em seis camadas de fibras e publicou estudos pioneiros sobre as alucinações¹⁷⁴. Paralelamente, Louis-Florentin Calmeil (1798-1895) define a paralisia geral, há pouco estudada por Bayle, como a primeira entidade identificável neuropsiquiatricamente. Felix Voisin (1794-1872), defensor da frenologia na França, voltou-se a pesquisar sobre a satyriasis e a ninfomania. Todos eles tomaram a paralisia geral como modelo de ‘entidade nosológica’, ou seja, um processo mórbido originado pela ativação de um

170 CARRARA, Sérgio; CARVALHO, Marcos. Op cit. P. 395

171 Ibid. P. 395.

172 RAMOS, Fernando A. da Cunha. Jean-Pierre Falret e a definição do método clínico em psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 2, June 2010. P. 296.

173 Em *Considérations générales sur les maladies mentales* (1843), Falret escreve que “acreditamos firmemente que em todos os casos, sem exceção, será no cérebro dos alienados ou suas membranas lesões significativas”. Ver DESVIAT, Manuel. Jean Pierre Falret y la construcción de la clínica psiquiátrica. *Em Clínica de las alucinaciones*. Dor, Madrid, 1997.

174 BERCHERIE, Op. cit. P. 149.

agente causal concreto através da produção de uma alteração estrutural ou funcional específica e cuja expressão clínica são os sinais¹⁷⁵.

Mas se a psiquiatria acabava de entrar no mundo das lesões orgânicas e começava a ser determinada pela ideia da degeneração, a medicina conseguia novos patamares feitos pela patologia celular de Virchow e pela bacteriologia de Pasteur, implantando novos estilos de racionalidade científica que aprofundavam as ideias de Bichat e superavam a milenar teoria humoral para explicar as doenças. O médico patologista Rudolf Virchow (1821-1902), em 1858, propôs a máxima *omnis cellula e cellula* (todas as células provêm de células), conseguindo que a teoria celular ganhasse reputação e poder para explicar fenômenos como a fecundação, o crescimento e a origem do câncer na metástase. “Se Bichat pusera os tecidos no mapa, Virchow fez o mesmo com as células”¹⁷⁶. A partir de Virchow, “no estudo das células encontrava-se a chave para a compreensão das doenças”¹⁷⁷.

No fim do século XIX e nas primeiras décadas do XX, os psiquiatras seguiam extraíndo e fatiando cérebros dos pacientes mortos nos asilos para conseguir visualizar os transtornos psiquiátricos, tentando vincular os fatos clínicos com as lesões cerebrais. Mas as descobertas em neuroanatomia feitas no transcorrer do século XIX foram originadas principalmente em estudos com animais vivos. O estilo de pensamento em voga objetivava que o cérebro apareça como um corpo com regiões localizadas para determinadas funções mentais¹⁷⁸. Nessa empreitada, pioneiro em desenvolver pesquisas em corpos humanos vivos, o psiquiatra Johann Gottlieb Burckhardt (1836-1907), a cargo de um asilo psiquiátrico em Suíça, em 1891, tentou acalmar as agitações e as alucinações em pacientes destruindo o córtex localizado entre as duas áreas do cérebro, que na época se acreditava, controlava as funções sensoriais¹⁷⁹.

175 FIGUEROA, Op cit. P. 16.

176 PORTER, Op. Cit. P. 103.

177 Ibid. P. 104.

178 O caminho das cirurgias de extração teve um ponto importante em 1935, quando o psiquiatra português Egas Moniz (1874-1955) participou do Segundo Congresso Internacional de Neurologia em Londres, onde assistiu à palestra do médico da Universidade de Yale, John Fulton, que mostravam que depois de extirpar o lóbulo frontal em macacos, eles viravam menos agressivos. Um ano depois destruiu uma parte do lobo frontal de 20 pacientes, primeiro com uma injeção de álcool, e em seguida cortando fibras nervosas com um leucótomo surgical. “Esses desenvolvimentos estiveram ligados a uma nova maneira de visualizar o cérebro como um órgão diferenciado atravessado por vias neurais localizadas, com funções mentais específicas passíveis de intervenção local”. ROSE, Op cit. P. 383.

179 O caminho das cirurgias de extração teve um ponto importante em 1935, quando o psiquiatra português Egas Moniz (1874-1955) participou do Segundo Congresso Internacional de Neurologia em Londres, onde assistiu à palestra do médico da Universidade de Yale, John Fulton, que mostravam que depois de extirpar o lóbulo frontal em macacos, eles viravam menos agressivos. Um ano depois destruiu uma parte do lobo frontal de 20 pacientes, primeiro com uma injeção de álcool, e em seguida cortando fibras nervosas com um leucótomo surgical. “Esses desenvolvimentos estiveram ligados a uma nova maneira de visualizar o cérebro como um órgão diferenciado

No transcorrer do século XIX, também foi determinada a função da medula suprarrenal (1856) pelo neurologista Alfred Vulpian (1826-1887), colaborador do alienista Jean Martin Charcot na Salpêtrière. Em 1890, a remoção do pâncreas de um cachorro pelos cientistas Oskar Minkowski (1858-1931) e Joseph von Mering (1849-1908) permitiu esclarecer que uma das funções do pâncreas é produzir insulina, substância que reduz os níveis de glicose no sangue. No caminho, foram definidas as glândulas endócrinas (tireóide, pâncreas, glândulas sexuais e as supra-renais).

Pelo caminho da neurofisiologia experimental, em 1889, o espanhol Santiago Ramón Cajal (1852-1934) usando a fotografia e aperfeiçoando métodos de colorações histológicas com nitrato de prata, desenvolvidos em 1873 pelo citologista italiano Camillo Golgi (1843-1926), apresentou sua teoria do tecido cerebral composto por neurônios individuais, que contrastava com a visão reticular de Golgi, e que fornecia as bases da teoria neuronal. O patologista alemão Willhem von Waldeyer (1836-1921) chamara, em 1891, as células individuais ‘neurônios’.

1.3. De Moreau de Tours à modulação de psicoses em laboratório: os efeitos das drogas

Outro caminho que conduz até o laboratório de Magnan no Asile Ste.-Anne é a modulação dos estados da percepção e sensibilidade feita na alvorada do alienismo, primeiro com plantas estimulantes, como o ópio ou a cannabis, e sobretudo com o desenvolvimento dos princípios ativos destas e outras substâncias. Estas práticas terapêuticas, ao tentarem descrever e, principalmente, criar sistemas modelados de psicoses, fundaram as bases da psicofarmacologia, que vai ter um importante desenvolvimento a partir da segunda década do século XX.

Na história da psiquiatria, desde seus primórdios, foram utilizados como terapêuticos as plantas ou compostos com efeitos sobre a consciência. Foucault salienta a relação entre drogas e a formação da psiquiatria, dando conta do uso indiscriminado de opiáceos e láudano a partir do século XVIII. Philippe Pinel aconselhava no seu tratado, escrito em 1801, o uso de estimulantes como o ópio e alcânfora para os pacientes dos asilos de alienados. Segundo ele, essas substâncias agiriam no centro das forças epigástricas e provocariam uma reação geral sobre a sensibilidade individual¹⁸⁰.

atravessado por vias neurais localizadas, com funções mentais específicas passíveis de intervenção local". ROSE, Op. cit. P. 383.

180 PINEL, Op cit. P. 96.

Pinel faz referência a uma experiência do médico, químico e fisiologista Jean Baptista van Helmont (1579-1644), que experimentou um “transtorno das faculdades morais” depois de degustar raiz do Napel¹⁸¹. A descrição seria uma das primeiras experiências de ebriedade olhadas a partir de uma ‘consciência experimental’. O agir da raiz do Napel foi localizada por Pinel na região precordial.

Giovanni Mattista Monteggia (1762–1815), cirurgião das prisões em Milão, aconselhava o uso de fortes e repetidas doses de ópio para acabar com as dúvidas sobre a simulação da loucura em um criminoso. Nos primeiros oitenta anos do século XIX, encontramos uma vasta prática de medicamentos em hospitais psiquiátricos: ópio, nitrito de amilo, clorofórmio, éter¹⁸².

Kraepelin, historiando o saber do alienismo, comenta o uso de ipecacuanha como vomitivo, do tabaco em forma de clisteres que continham fumaça de tabaco, da beladona, do loureiro-cereja e do ópio. Também se utilizava excitantes, como óleos de essências, tisanas, alcânfora, valeriana, almizcle, castóreo (resina segregada pelas glândulas dos castores), cantáridas, fósforo, éter, espírito do vinho e amoníaco¹⁸³.

Na mesma época, Mateu Orfila (1787-1853) publica seu trabalho dedicado à toxicologia. Entre 1814 e 1817, apareceram suas duas principais obras: *Traité des Poisons y Eléments de chimie médicale*. Na França, participou ativamente na fundação de revistas científicas como *Journal de Chimie Médicale, Pharmacie et de Toxicologie* e os *Annales d’Hygiène Publique et de Médecine Légale*.

A procura dos princípios ativos, caminho aberto pela iatroquímica desde o século XVI, teve uma descoberta importante quando um moço de botica, Friedrich Wilhelm Sertürner (1783-1841), isolou, em 1806, a morfina como o principal composto ativo do ópio. O ‘perceber orientado’ foi definido pela alquimia na busca dos princípios ativos, ou seja, a substância pretensamente pura que seria a principal responsável pelas ações e efeitos farmacológicos que cada planta possui. Assim, esse ‘perceber orientado’ junto ao laboratório, os aparelhos, a insistência e sagacidade de Sertürner, e sua sequência de manipulações (precipitações, misturas, etc., foram capazes de transmutar a partir do ópio uma substância altamente concentrada.

Várias plantas, algumas delas usada então nos asilos, concentraram a visão interessada em achar princípios ativos. Em 1809, o farmacêutico francês Louis Nicolas

181 Ibid. P. 50.

182 FOUCAULT (2006), Op. Cit. P. 361.

183 KRAEPELIN, Op cit. P. 80.

Vauquelin (1763-1829), isolou um alcaloide impuro da beladona. A molécula foi chamada como ‘atropina’ pelo farmacêutico alemão Rudolph Brandes. Vauquelin também foi o primeiro a observar o alcaloide volátil do tabaco, a nicotina. Paralelamente, testavam-se os efeitos dos compostos extraídos das plantas. Em 1819, o químico Friedrich Runge (1795-1867) identificava os efeitos midriáticos do extrato de beladona e apresentava sua descoberta ao escritor Goethe, que o anima a analisar o café. Em poucos meses, Runge identifica a cafeína como principal composto ativo da planta originária de Etiópia¹⁸⁴. Logo, em 1833, o farmacêutico Philipp Lorenz Geiger (1785-1836) e seu aluno Ludwig Hesse isolaram das folhas de beladona, a atropina, entre outras substâncias.

Na mesma época em que Wölher sintetizava a ureia, o médico neurologista e fisiologista experimental francês François Magendie (1783-1855) estudava a absorção da estricnina, a ação da morfina e a importância do nitrogênio para a vida. Distinguindo as funções sensoriais e motoras dos nervos espinais, Magendie pregava, ao igual que vários na sua época, ser mais eficaz a droga mais pura¹⁸⁵.

A partir desse momento, a química de sínteses empreendeu a tarefa de definir o composto ativo que está escondido em plantas usadas como remédios ou embriagantes. Em 1859, Albert Niemann (1834-1861) consegue isolar a cocaína, alcaloide da folha de coca que obteve através do explorador e naturalista Karl von Scherzer (1821-1903). A fama da folha de coca tinha chegado à Europa em 1499, através do sacerdote Tomás de Ortiz e do médico alemão Eduard Friedrich Pöpping (1798-1868), que publicou em Paris *Memoires sur le coca de Perou*¹⁸⁶. Mas distante das redes de pensamento da Europa, no Peru, o médico e naturalista Hipólito Unanue (1755 - 1833) publicou no jornal *Mercurio Peruano* em julho de 1794 um artigo intitulado *Disertación sobre el aspecto, cultivo, comercio y virtudes de la famosa planta del Perú nombrada Coca*, no qual coloca em destaque as propriedades energéticas da planta.

A morfina, em suas primeiras décadas, é fartamente utilizada pelos médicos, tornando-se mais usada com a invenção da seringa hipodérmica em 1854 por Alexander Wood (1817-1884). A história do desenvolvimento desse instrumento está atrelada ao

184 WEINBERG, Bennett Alan & BEALER, Bonnie. *El mundo de la cafeína*. Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2012.

185 EDLER, Op. Cit. P. 86.

186 GONZÁLEZ Varela, Alberto. Centenario De La Primera Anestesia Raquídea (1898-1998). Homenaje Al Dr. August Karl Gustav Bier. Em *Revista Argentina de Anestesiología*, 1999, vol. 57 (2).). http://www.clasa-anestesia.org/revistas/argentina/HTML/ArgCentenario_De_La_Primer_Anestes.htm.

ópio¹⁸⁷. A união de uma tecnologia médica com uma descoberta do laboratório tornou a analgesia possível, ou seja, a aplicação de injeções rápidas de opiáceos fortes¹⁸⁸. Com a morfina, o almejado sonho de insensibilizar o corpo em relação à dor, sobretudo nas intervenções cirúrgicas, tornava-se possível. Além dessas possibilidades, os anestésicos permitiram às ciências laboratoriais um controle total na experimentação com cobaias, nunca antes conquistado. Em 1874, a partir da morfina, é isolada a heroína, substância que vai ser comercializada pela farmacêutica Bayer, em 1898¹⁸⁹.

Porter situa a introdução da anestesia nas práticas médicas por volta de 1840. O ópio, o haxixe e o álcool, utilizados na prática médica durante séculos, vão ser substituídos naquela década por compostos já conhecidos, tendo em vista a procura de uma função analgésica total e sem matizes. Acontece assim com o óxido nitroso (gás hilariante), objeto de autoexperimentação na década de 1790, em Bristol, pelo médico Thomas Beddoes (1760-1808) e pelo químico Humphry Davy (1778-1829). Em Massachusetts, em 1846, foi utilizado na primeira operação com anestesia geral, na que se extraiu um molar¹⁹⁰. Na mesma década, o éter começa a ser utilizado como anestésico, depois que o dentista William E. Clarke de Rochester o utiliza em uma extração dentária em 1842, e quatro anos depois o cirurgião londrino Robert Liston o utiliza na amputação de uma perna. Também aparece o clorofórmio, utilizado em 1847 em Edimburgo por James Young Simpson (1811-1870) para aliviar dores do parto; e o hidrato de cloral, usado como sonífero pela primeira vez em 1869 pelo farmacologista Mathias E.O. Liebreich (1839-1908)¹⁹¹.

Observa-se diferentes estilos de pensamento na origem desses anestésicos, O éter, cuja fórmula de sínteses foi dada a conhecer pela primeira vez em 1540 pelo farmacêutico e botânico Valerio Cordus (1515-1544), pertence à época da alquimia; e o

187 Alexander Wood era secretário geral do Colégio de Médicos de Edimburgo, na Inglaterra e estava experimentando com uma agulha oca para administração de fármacos para a corrente sanguínea desde 1849. A história da seringa está muito atrelada ao ópio. A primeira pessoa injetada por Wood foi sua esposa que sofria de um câncer incurável e que recebeu morfina. As primeiras tentativas associadas a ideia de uma seringa foram realizados no século XVII, quando se tenta inocular medicação para a dor no lugar certo afetados pela dor. A história da seringa tem como pioneiro o arquiteto inglês Christopher Wren (1632-1723), que em 1656 que ideou uma seringa hipodérmica usando uma pena para introduzir goma de ópio. Em 1836 o médico francês G. Lafargue introduz morfina sob a pele usando uma lanceta. Em 1841, nos Estados Unidos, Zophar Jayne (1802-1859) patenteou uma seringa com uma agulha fina, mas a sua inserção nos tecidos era efectuada depois de uma incisão prévia na pele com uma lanceta. Três anos após o médico dublinês Frances Rynd (1801-1861) começou a administrar medicamentos por via subcutânea utilizando um complicado estilete. Ver MOGEY, G. A. Centenary of Hypodermic Injection. Em *British Medical Journal* 2.4847 (1953). Pag. 1180-1185.

188 PORTER, Op cit. P. 57.

189 Ibid. P. 152.

190 LAVAL, Enrique. Historia de las grandes etapas de la Cirugía en Chile. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*. Año 16. Vol. 2, novembro 2006. P. 252.

191 PORTER, Op cit P. 142 e 152.

óxido nítrico, descoberto em 1772 pelo clérigo inglês Joseph Priestley (1733-1804), situa-se em pesquisas em flogística. Diferentemente, o clorofórmio, obtido a partir da destilação de álcool com cloreto de cal, e o hidrato de cloral correspondem a produtos científicos próprios do estilo de pensamento da química orgânica. O clorofórmio foi produzido quase simultaneamente nos Estados Unidos por Samuel Guthrie (1782–1848) e na França por Eugène Soubeiran (1797-1859) em 1831¹⁹²; e o hidrato de cloral, foi sintetizado no laboratório de Just Von Liebig um ano depois. Tanto o clorofórmio como o hidrato de cloral emergem num momento da história da psiquiatria onde vigorava a hipnose como campo de pesquisas e terapêutica. Ambos são chamados como ‘hipnóticos’, devido a suas qualidades depressoras do sistema nervoso central. Na segunda metade do século XIX, inicia-se a utilização do éter na psiquiatria. O psiquiatra Griesinger o recomenda com fins terapêuticos para acalmar os “estados de agitação nervosa”¹⁹³.

Mas os anestésicos não ficaram apenas nos laboratórios e nas salas de cirurgia. Já na década de 1830, o éter era usado em festas de Nova York, Boston e Filadélfia e na década de 1860 se observam vários casos de intoxicação com óxido nítrico, clorofórmio e cloreto de etilo. Durante a segunda metade do século XIX, graças à difusão dos escritos do filósofo William James (1842-1910), que descreve como uma revelação metafísica suas experiências com hidrato de cloral (1870), nitrito de amila (1875), óxido nítrico (1882) e peyote (1896)¹⁹⁴, e as apologias do escritor Guy de Maupassant (1850-1893) ao éter, difunde-se a moda de inalar anestésicos entre os círculos cultos de França¹⁹⁵.

Ao mesmo tempo em que Claude Bernard se concentrava em descobrir a função glicogênica do fígado, o psiquiatra francês Moreau de Tours (1804–1884), interessado pelos efeitos da desorganização inconsciente das faculdades mentais, iniciava seus ensaios com cannabis¹⁹⁶. Discípulo de Esquirol, o alienista foi um dos fundadores dos *Annales médico-psychologiques* (1843). Entre 1836 e 1837, fez uma viagem exploratória a Malta, Egito e Meio Oriente, considerada a primeira expedição etnopsiquiátrica, oportunidade em que entra em contato com o haxixe. Para Moreau de

192 WAWERSIK, J. History of chloroform anesthesia. Em *Anaesthesiol Reanim.* 1997; 22 (6).

193 Em *Ueber Schwefeläther-Inhalationen* (Sobre la inhalación del éter de azufre) *Archiv für physiologische Heilkunde* 6, ss. 348–350, 1847. FOUCAULT (2006). P. 246.

194 O texto de James de 1882 se pode ler em <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/jnitrous.html>

195 BRAU, Jean Luis. *Historia de las drogas*, Bruguera, España, 1973.

196 FOUCAULT (2006), Op cit. P. 362.

Tours, a doença mental era basicamente um transtorno das funções cerebrais produzido por um maior grau de excitabilidade mental¹⁹⁷.

A cannabis despertou a atenção da Europa após os cientistas que acompanharam a invasão do Egito por Napoleão tentarem enquadrar o uso da planta no Oriente Médio ao estilo de pensamento científico ocidental. O orientalista Silvestre de Sacy e P. C Rouyer publicaram artigos sobre os compostos da cannabis em uma revista médica francesa em 1809¹⁹⁸, chamando a atenção às propriedades narcóticas da planta¹⁹⁹.

Em 1841, o médico irlandês William Brooke O'Shaughnessy publicou um artigo no periódico *Transactions of the Medical and Physical Society of Bengal*, editado pela Sociedade de Medicina Física e de Calcutá, dedicado aos derivados de maconha, nomeados como canabinóides. Em 1843, na Grã-Bretanha, John Clendenning estudou os usos clínicos dos canabinóides para o tratamento da dor crônica e abstinência de álcool. Na época, o presidente da Associação Médica Britânica, Sir Robert Christison, recomendou a cannabis para o tratamento (entre outras coisas) dos tétanos e alívio da dor²⁰⁰. Após O'Shaughnessy, vários cientistas tentaram identificar os componentes ativos da cannabis, dando nomes como cannabin (1846), cannabene (1870), cannabinine (1881) e cannabindon (1894)²⁰¹, sem sucesso.

O caminho aberto pela morfina e cocaína deu esperanças para que se alcançasse a identificação do princípio ativo da maconha. A diferença é que a morfina e a cocaína são alcalóides, substâncias com as quais se pode preparar sais, que depois de ser precipitados, podem ser separados. A estrutura molecular da cannabis, até esse momento, não permitia escrutinar além. As sequências de manipulações não tinham sucesso com a cannabis da mesma forma como se fazia com as outras substâncias²⁰².

197 ODA, Ana Maria G; BANZATO, Claudio Eduardo; DALGALARRONDO, Paulo. Some origins of cross-cultural psychiatry. *History of Psychiatry*, Vol. 16, No. 2, 2005. P. 160.

198 Silvestre DE SACY. Des préparations enivrantes faites avec le Chanvre, Em *Bulletin des Sciences médicales*, Paris, 1809, vol. IV, p. 204; P. C. ROUYER. Description de l'Egypte et notice sur les médicaments usuels des Egyptiens, Paris, 1809.

199 GARCÍA Carnelli, Carlos; CAIRABÚ, Selva. Aspectos farmacognósticos del cannabis. En *Aporte universitario al debate nacional sobre drogas* (varios autores). Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), Universidad de la República, Montevideo, 2012. P. 214.

200 GELLER, Tom. Cannabinoids: A Secret History. Em *Chemical Heritage Magazine*, Summer. 2007, Vol. 25, No. 2. P. 32.

201 Ibid.

202 A técnica para poder encontrar o ingrediente ativo, a 'substância pura' da maconha, foi testada por um grupo de pesquisadores da Universidade Hebraica de Jerusalém, liderado por Raphael Mechoulam, que estabilizara a estrutura do canabidiol (CBD) em 1963 e no ano seguinte tinha isolado o almejado composto ativo e nomeado como THC (delta-9-tetrahidrocannabinol). Na sequência deste desenvolvimento, verificou-se que esta planta tinha mais de 480 compostos, dos quais cerca de 70 são chamados canabinóides, produzidos exclusivamente pela espécie Cannabis. KLEIN Leichman, A. The Israeli Pharmacist Who Kick-Started Marijuana Research. Em *Israel21c*, 14 de mayo de 2012. <http://www.israel21c.org/people/the-israeli-pharmacist-who-kick-started-marijuana-research/> Visto em abril de 2015.

O laboratório de Moreau de Tours foi seu próprio corpo. Interessado pelos efeitos da cannabis que autoexperimentou, propôs sua utilização como uma janela para o alienista experimentar o estado mental da loucura. Sua modulação com a cannabis foi o primeiro enquadramento dos efeitos da substância no território da doença mental, proporcionando ao médico a possibilidade de uma reprodução artificial da loucura. Com Moreau de Tours, comenta Foucault, o psiquiatra pode entrar na loucura, vê-la, dizê-la, ditar sua lei²⁰³.

O alienista francês considerou que os efeitos do cannabis foram inteligibilizados como provocadores da desorganização inconsciente das faculdades mentais e que, associados aos estados alucinatórios, poderiam proporcionar para os alienistas um paralelismo entre os estados de sonho e da insanidade mental. Os sonhos para Moreau também podiam ser uma janela para a loucura, já que nesse estado os centros inibidores estavam perigosamente afrouxados. O psiquiatra utilizou a cannabis no Hospital de Bricètre, focando-se na modelagem de uma ‘psicose de laboratório’. Em 1845, publicou *Du hachish et l’aliénation mental*, obra na qual se preocupou em fazer uma completa descrição dos efeitos do cannabis, relato que se corresponde com o modelo de doenças mentais da sua época, destacando-se aí as contribuições da fisiologia experimental. O alienista fornece uma inteligibilidade que marcou as futuras conceituações a respeito dos efeitos experimentados com maconha, fazendo um encadeamento espontâneo e colocando em uma série homogênea as mudanças na senso-percepção. “Moreau de Tours é o Claude Bernard da loucura”, comenta Foucault²⁰⁴.

A história da modulação dos estados mentais, depois de ser produzida no laboratório, passa também para a indústria, que também se preocupará em produzir uma bateria de instrumentos para tal fim. Em 1856, foi inaugurada a primeira fábrica de agulhas hipodérmicas nos Estados Unidos. Paralelamente, a morfina começou a substituir o ópio nas prescrições médicas, sendo utilizada, entre outras finalidades, para curar o alcoolismo e a dependência do ópio²⁰⁵.

Em 1884, Sigmund Freud (1856-1939) publicou *Über Coca*, livro dedicado aos usos da cocaína e cuja principal afirmação é que a cocaína pode ser usada “no tratamento da dependência à morfina e ao álcool”²⁰⁶. Na época, a firma Parke Davis Company oferecia cocaína em várias formas, inclusive em cigarros, e entre 1883 e

203 FOUCAULT (2006), Op. cit. P. 361.

204 Ibid. P. 362.

205 WEISSMANN, Op. cit.

206 COHEN, David. *Freud e a cocaína*. Editora Record, Rio de Janeiro, 2014. P. 124.

1886, a farmacêutica Merck a proporcionava a Freud para seus ensaios, e incluso pedia ao psiquiatra vienense que pesquisasse a ecgonina, também derivada da folha de coca. Com isso, o laboratório estabelecia uma colaboração com o Instituto de Fisiologia de Viena, local de pesquisas de Freud²⁰⁷. O psiquiatra vienense tratava seu amigo e professor de neurologia Ernst von Fleischl-Marxow, habituado a morfina, com o alcaloide da folha da coca, e que seria o primeiro paciente na Europa a quem foi prescrita cocaína para superar uma adição.

O alcaloide descoberto por Niemann já tinha sido recomendado para o tratamento de doenças da faringe e das cordas vocais pelo médico Charles Fauvel e era usado em ensaios com animais feitos por Basil von Anrep (1852-1925), injetando doses moderadas de cocaína sem evidenciar dano e sugerindo seu uso como anestésico²⁰⁸. O uso da cocaína como anestésico local já tinha sido tentado pelo médico peruano Tomás Moreno y Maíz, cirurgião do exército que esteve na Faculdade de Medicina de Paris entre 1864 e 1868. Publicou em 1866 sua monografia de doutorado, intitulada *Recherches Chimiques et physiologiques sue L'Erythroxylum coca du Pèrou et la Cocaine*, que mostrava seus ensaios com acetato de cocaína, solução que tinha preparado já em 1862, aplicando-a por meio de uma seringa hipodérmica no nervo ciático para bloquear a sensibilidade dos nervos periféricos em rãs bramadoras. Aplicando o método experimental de Bernard, Moreno recomendou mais experimentos para comprovar a anestésia local produzida. O trabalho do médico peruano serviu de inspiração para as pesquisas posteriores de Freud, Köller e Halsted²⁰⁹.

Embora Freud tentasse com *Über Coca* se colocar como o cientista pioneiro sobre os usos da cocaína, foi a visão laboratorial do seu amigo oftalmologista Carl Köller (1857-1944) que sistematizou a ideia de Freud através de ensaios em um olho de rã para comprovar as capacidades anestésicas da cocaína, ensaio que depois repetiu com outros animais, confirmando os resultados. Em 1884, fez a primeira operação em um paciente com glaucoma²¹⁰. O sucesso almejado por Freud foi atingido apenas em 1897, quando publica o livro *A interpretação dos sonhos*.

Em uma época voltada aos anestésicos produzidos pela química de sínteses, as propriedades da cocaína tiveram grande repercussão. Cohen comenta que, apenas entre

207 Ibid. P. 127.

208 Ibid P. 123.

209 HIGGINS Luis. Cronohistoriografia de la anestesiologia. . <http://www.anestesia.com.mx/histor2.html> Visto em abril de 2015.

210 COHEN, Op cit. P. 132.

setembro de 1884 e o final de 1885, foram publicados 60 artigos sobre o uso da coca como anestésico local na Grã-Bretanha, Canadá e nos Estados Unidos. Nesse último, o reconhecido cirurgião William Halsted (1852-1922) iniciou ensaios com cocaína em odontologia²¹¹.

Mas em 1885, o neuropsiquiatra vienense Friedrich Albrecht Erlenmeyer (1849-1926), que inaugurou o tratamento da epilepsia com brometo, começou uma campanha contra a cocaína, negando-lhe toda utilidade terapêutica e definindo-a como “o terceiro flagelo da humanidade”, depois do álcool e da morfina. Erlenmeyer incorporou os artigos sobre a cocaína em uma monografia dedicada à morfinomania em 1886. Escotado comenta que se trata do primeiro tratado científico no qual não se diz ‘a droga’²¹². Aquele mesmo ano o neurologista austríaco Heinrich Obersteiner (1847-1922), na Conferência Médica de Copenhague, diz que havia sérios riscos no tratamento com pacientes neuróticos e psicóticos, pois a cocaína produzia perturbações mentais similares às observadas no *delirium tremens*²¹³.

Em 1874, o médico Eduard Levinstein (1831-1882) já tinha publicado um informe no qual acusa o uso não médico da morfina como doença. O escrito marca o início da patologização das drogas psicoativas. Seguindo as classificações da época, ele as inclui entre as manias do alienista Esquirol. Cinco anos depois, Levinstein descreveu 110 casos de uso de morfina, sendo o primeiro a usar o nome de ‘morfinomania’²¹⁴.

O uso habitual de morfina e cocaína logo entram na nosologia psiquiátrica. O psiquiatra alemão Richard von Krafft-Ebing²¹⁵ lhes dedicou um capítulo de seu *Tratado de Psiquiatria*, de 1879, incluindo a morfinomania e a cocainomania na seção de ‘Patologia e terapêuticas especiais da loucura’. No mapa patológico de Krafft-Ebing, o consumo pelo prazer da cocaína ou da morfina é próprio de ‘constituições neuropáticas’²¹⁶.

Em 1924, o farmacólogo Louis Lewin (1850-1929) intenta a primeira classificação científica das diferentes substâncias psicotrópicas. Em seu livro *Phantastica*, separa as drogas conhecidas até então em grandes grupos, nomeados

211 Ibid. P. 132.

212 ERLENMEYER, A. Über die Wirkung des Cocain bei der Morphiumentziehung, Centralblatt d. Nervenheilkunde, 8, 1885. Ver ESCOTADO, Op. cit. P. 461

213 COHEN. Op cit. P. 142.

214 LEVINSTEIN, L. Über Morphiumsucht, Deut. Mediz. Wochenschr, 5, 1879. Ver ESCOTADO, Op. cit. P. 429.

215 Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) foi um psiquiatra alemão conhecido pela sua obra *Psychopathia Sexualis* (1886). Sobre as reações patológicas do álcool escreveu *Ueber eine Form des Rausches, welche als Manie verläuft* (1869) e *Zustände pathologischer Alkoholreaktion* (1903).

216 WEISSMANN, Op. cit.

assim: Euphorica - ópio e seus derivados, como a heroína; Phantastica - peyote, amanita muscaria, cannabis, solanáceas e ayahuasca, definidos por Lewin como ‘agentes de ilusões sensoriais’; Inebriantia - álcool e outros anestésicos gerais; Hypnotica - sedativos artificiais, kava kava e piper methysticum; e Excitantia - onde coloca estimulantes como a cafeína²¹⁷. Lewin faz a primeira classificação das drogas a partir de seus efeitos psicoativos e se pode dizer que estabelece o chão para que, depois, outros cientistas comecem ensaios farmacológicos a partir das possibilidades da modulação da consciência favorecidas pelas drogas, permitindo-lhes provocar estados de consciência específicos. Segundo Carneiro, Lewin acaba sistematizando o conceito de droga que nos séculos anteriores era vago, impreciso e muito abrangente. Dessa forma, Lewin enquadrará a primeira classificação científica das diferentes substâncias psicoativas²¹⁸.

As psicoses de laboratório produzidas por Moreau acabaram por atribuir ao alienista francês um lugar de destaque na historiografia das drogas²¹⁹. Também, as redes sociotécnicas de Moreau saíram por fora de seu laboratório e envolveram a primeira experiência moderna com inebriantes para o Ocidente, expressa em um espaço de circulação intelectual e de produção literária: o chamado Clube do Haxixe²²⁰.

Na década de 1890, o sexologista Henry Havelock Ellis (1859-1939) fez estudos com mescalina, isolada do cacto peyote pelo botânico Louis Lewin em 1893, descrevendo os sintomas fisiológicos no artigo *The phenomena of mescal intoxication*, publicado em *Lancet* em junho de 1897. Um ano depois, publicou um relato mais longo em *The Contemporary Review*²²¹. Havelock Ellis aborda um estilo de pensamento que percebe o uso de modificadores da percepção próximo à ideia da intoxicação. As experiências sensoriais são vistas como sensações possíveis de serem segmentadas e serem descritas. Havelock Ellis, por exemplo, descreve sua percepção sobre o espaço, sobre os objetos e sobre os móveis próximos logo após o consumo da droga, preocupando-se em definir as sensações como alucinações. Também se preocupa em medir e descrever as sensações físicas. As experiências com aquelas plantas, que nas culturas indígenas foram relacionadas a divindades, depois de serem sintetizadas, são escrutinadas pelo olhar médico.

217 LEWIN, Louis. *Les paradis artificiels*. Payot, Paris, 1928. P. 79-82.

218 CARNEIRO, 1994, Op. cit. P. 48.

219 ESCOHOTADO, Op. cit., DAVENPORT-HINES Op. cit.

220 Frequentado por escritores e intelectuais como Thomas de Quincey, Charles Baudelaire, Edgard Allan Poe, Teófilo Gautier e Gerard de Nerval. Todos eles assombrados com a experiência do haxixe contribuíram a formação de uma escritura sobre as drogas moderna. A enunciação estava feita. O fornecedor de haxixe era Moreau de Tours.

221 COHEN, Op cit. P. 198.

1.4. Da degeneração de Morel ao degenerado de Magnan

Quando Magnan desenvolveu o paradigma da degeneração a partir das ideias de Bénédict Morel, suas redes sociocognitivas o conectavam com os alienistas que integraram a idade de ouro do alienismo na França²²². “As concepções de Magnan representam uma síntese das grandes correntes de ideias que perpassaram a psiquiatria francesa na década de 1880”, comenta Bercherie²²³.

Magnan estudou medicina em Montpellier, em seguida trabalhou em hospitais em Lyon e depois concorreu com sucesso, em 1863, a um estágio no Hospital Bicêtre, em Paris, sob a orientação do alienista Louis Marcé. Também frequentou o Hospital de Salpêtrière, onde trabalhavam os alienistas Jean Pierre Falret e Jules Baillarger, os quais, como já salientamos, buscavam um quadro etiológico e classificatório das doenças mentais²²⁴. Magnan também foi influenciado por Ernest-Charles Lasègue (1816-1883), que criou o conceito de 'personalidade anormal' para abranger as pessoas com 'sintomas psíquicos', mas que não podiam ser enquadrados nas classificações das doenças mentais vigentes na época. Lasègue fez vários estudos sobre o alcoolismo e descreveu a 'anorexia histérica'. Magnan foi também amigo do alienista Charcot²²⁵. Em 1867, ele foi nomeado para estar no comando do recém-inaugurado Sainte-Anne Asylum em Paris: todos os casos de doença mental que chamaram a atenção da polícia de Paris foram avaliados inicialmente por esta instituição²²⁶.

Magnan outorgava grande importância às patologias heredodegenerativas. Elas foram incluídas na sua classificação das doenças psiquiátricas, que serviu de base para uma classificação apresentada por uma comissão integrada por Magnan, Paul Garnier e Jules Christian ante à Sociedade Médico Psicológica de Paris em 1887²²⁷.

Morel e Magnan consideravam insuficiente a classificação sintomática vigente na sua época (Esquirol) que multiplicavam as monomanias a partir do isolamento do sintoma que mais se destacava em um quadro patológico. Ambos consideravam urgente a tarefa de substituir essa classificação por outra, capaz de definir e agrupar as

222 CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. Edições Graal, Rio de Janeiro, 1991.

223 BERCHERIE, Op. Cit. P. 149.

224 Ibid. P. 149.

225 Ibid.

226 EADIE, Op. cit. P. 74.

227 CAPONI, Sandra. Magnan e a classificação das patologias psiquiátricas. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, Vol. 4, N. 2, jul-dez 2011. P. 168.

patologias em função de suas causas e não de seus sintomas. Assim, o modelo fornecido por Magnan aponta a constituição de uma espécie patológica articulando todos os elementos que possuem certa relevância e visualizando cada fenômeno no tempo; e em vez de olhar como se fosse uma entidade mórbida, considera-a uma face de uma doença maior²²⁸.

A ideia de um fundo degenerado que estaria por trás das diferentes formas de patologias mentais já se desenvolvia no pensamento de Magnan. Para desenvolver essa tese, o alienista se interessa em vincular os sintomas com a fisiologia. Assim, constituiu uma teoria de funcionamento cerebral que diferenciava três níveis neurofisiológicos e patológicos: intelectual (cortical), sensitivos (gânglios basais) e espinhal²²⁹. Magnan considerou a degenerescência como uma deformação do eixo cérebro-espinhal, destruição ou inibição de alguns centros, fortalecimento de alguns outros²³⁰.

Diante uma das críticas feitas por Falret a respeito da debilidade dos estudos de anatomia patológica existentes para definir uma localização cerebral das degenerações hereditárias específicas, Magnan aceita as dúvidas, mas salienta descobertas já feitas sobre a capacidade de fala ou a localização dos centros psicomotores como avanços importantes dessa empreitada²³¹.

Segundo comenta Serpa, a primeira vez que Magnan abordou a questão da degenerescência foi em suas *Leçons sur la dipsomanie* (Lições sobre a dipsomania), publicado em 1882²³². Embora em várias de suas obras Magnan volte a esse conceito, a ênfase se colocava na descrição da etiologia da hereditariedade dessemelhante²³³. A estabilização do conceito, segundo Serpa, começa com a edição das *Recherches sur les centres nerveux* (Pesquisas sobre os centros nervosos), publicadas entre 1876 e 1893; e nas *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (Lições clínicas sobre as doenças mentais; 1887). Porém, será o livro escrito junto ao seu aluno Paul-Maurice Legrain

228 Ibid P. 176.

229 FIGUEROA, Op. cit. P. 16.

230 BERCHERIE, Op. cit. P. 155.

231 CAPONI (2011), Op. cit. P. 176.

232 SERPA JR., Octavio Domont de. O degenerado. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010. P. 462.

233 Segundo Serpa outras publicações de Magnan que cortejam essa inteligibilidade dada a degenerescência, ainda que menos explicitamente, são *Perversions sexuelles* (Perversões sexuais; 1882), *Leçon sur les impulsions* (Lições sobre as impulsões; 1881) e *Etude comparative de la démence et de l'idiotie* (Estudo comparativo da demência e da idiotia; 1881).

(1860-1939)²³⁴, *Les dégénérés* (Os degenerados), publicado em 1895, que sua ideia de degeneração aparece sistematizada²³⁵.

O estudo clínico dos estados tóxicos ficaria como uma tradição na escola de Magnan. Seu aluno Garnier descreveria as ‘ebriedades patológicas’ em seu livro *La Folie à Paris* (1890)²³⁶. Nessa época, Benedict Morel já tinha começado a articular a ideia da degeneração. Desenvolvida especialmente em seu texto de 1857, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine*, defendia que “as degenerescências são desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade, transmitida hereditariamente”, e uma vez instalada a doença “ela segue seu curso e se transmite aos descendentes até a extinção da linhagem”²³⁷.

Para Morel, a “insanidade é predominantemente degeneração”. Num Tratado sobre os transtornos mentais, editado em 1860, Morel faz uma classificação baseada na dimensão etiológica das doenças mentais a partir de uma nova entidade médica: a loucura hereditária. Os quatro grupos que integram tal entidade são definidos segundo a gravidade da doença, entendida como intensidade hereditária. No segundo grupo considerado por Morel estão os alcoólatras junto às pessoas que sofrem aberração do sentido moral e a insanidade moral²³⁸.

Coffin compreende o trabalho de Morel como um intento de unificar a emergência da medicina mental com as noções e princípios pertencentes às ciências naturais, medicina e filosofia²³⁹. Morel se refere várias vezes à fisiologia experimental de Claude Bernard, utilizando em particular os trabalhos do fisiologista para analisar a influência das substâncias tóxicas no processo degenerativo²⁴⁰.

Campos alega que a ideia da degeneração provocou o abandono da monomania e a mudança rumo à ‘somatização da alma’²⁴¹. Sobre o assunto, Morel comenta: “procurei seguir minha ideia predominante que era a de vincular, de maneira mais vigorosa do que se tinha feito até então, a alienação mental à medicina geral”²⁴².

234 Paul-Maurice Legrain é considerado a figura mais proeminente do movimento de temperança francesa do final do século XIX. Legrain fundou a primeira organização de temperança popular e era o perito principal de França no tratamento de alcoólatras. Legrain defendia a total abstinência de álcool. Magnan fez o prefácio de uma de suas obras: *Hérédité et alcoolisme : étude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d’ivrognes* (1889).

235 SERPA, Op. cit. P. 462.

236 BERCHERIE, Op. cit. P. 169.

237 CASTEL, Op. cit. P. 254.

238 COFFIN, Jean-Christophe. *Heredity, Milieu, and Sin: the works of Bénédict Augustin Morel (1809-1873)*. P. 160.

239 Ibid. P. 153.

240 Ibid. P. 155.

241 CAMPOS, Op. cit. P. 16.

242 CASTEL, Op. cit. P. 261.

Tanto Morel como o alienista Louis Jules Ernest Séglas (1856-1939) aproximaram os retardos mentais aos distúrbios do caráter e da personalidade, o que permitiu a constituição da classe dos degenerados hereditários²⁴³. Esses foram divididos em quatro grupos: idiotas, imbecis, débeis mentais e degenerados superiores. O estado mental do degenerado caracterizava-se essencialmente pelo ‘desequilíbrio mental’ e pela descoordenação psíquica, que se manifestava de diversas formas²⁴⁴.

A ideia da degeneração tinha antecedentes anteriores a Morel. Na história natural desenhada pelo naturalista George Luis Buffon (1707-1788), as diferenças entre as espécies se explicam pela degeneração. A unidade do tipo das espécies é no pensamento buffoniano produzido pela estabilidade das moléculas orgânicas disponíveis e a temperatura em que são forjadas, o que determina sua constituição. Em condições semelhantes, a natureza produz seres semelhantes sem necessidade de vínculos de filiação. Mas quando há mudanças nessas condições, seja de temperatura, dieta ou estilos de vida, são produzidos desvios do tipo originário, retrocessos, voltando-se para o mais primitivo. Isso é o que produz mudanças nas gerações posteriores e em suas peculiaridades morfológicas²⁴⁵. Buffon aplicou a ideia aos indivíduos que se afastam do seu tipo específico. No século XIX, segundo comenta Foucault:

“os médicos a usavam também para designar o enfraquecimento da robusta humanidade natural, que à vida em sociedade, a civilização, as leis e a linguagem, condenam pouco a pouco a uma vida de artifícios e de doenças; degenerar era descrever um movimento de caída a partir de um estatuto de origem que figurava por direito da natureza na cume da hierarquia das perfeições e dos tempos; nesta noção se recolhia todo o que a histórico, o atípico e o contra-Natura podiam supor de negativo”²⁴⁶.

Depois de Morel, o conceito das degenerescências foi entendido como degradação originária da natureza humana, vista como uma criação divina. Significava um desvio doentio, uma degradação da raça humana primitiva perfeita, que também seria transmissível hereditariamente. A noção resultou em uma teoria evolutiva centrada nas bases do criacionismo, do pecado original e do transformismo²⁴⁷.

243 BERCHERIE, Op cit. P. 149.

244 Ibid. P. 154.

245 CAPONI, Gustavo. La unidad de tipo en la historia natural de Buffon. *Revista Brasileira de História das Ciências*, Rio de Janeiro, v.1 n.1, Janeiro-Junho, 2008. P. 8.

246 FOUCAULT (1966), Op. cit. P. 220.

247 FACCHINETTI, et all, 2013, Op. cit. P. 241.

A degeneração de Morel contém a noção de ‘predisposição’, que é explicado como: “o meio social será produto de doenças, mas não será produtor de doenças por si só. Ele o será apenas na medida em que o indivíduo já nasce predisposto, isto é, com tendências a se desenvolver através de um processo patológico degenerativo”²⁴⁸. “O degenerado seria alguém que sucumbira a um processo civilizador deficiente, permanecendo em estágio evolutivo mais primitivo, constituindo ameaça ao desenvolvimento social”²⁴⁹. Para Morel:

”As degenerescências possuiriam causas diversas: diferentes tipos de intoxicação (fortemente ligadas aos costumes alimentares); influências do meio social, má higiene, péssimas condições de trabalho, excesso venéreo e miséria, conseqüências da expansão urbana, cujo terreno concentraria um clima deletério, cercado de perigos sociais e morais; e, por fim, causas psíquicas, categoria fronteira entre o mental e o corporal, produtora de lesões do sistema nervoso (se traduzindo, assim, através de termos anatomopatológicos). Morel, contudo, privilegiava as causas mistas. O alcoolismo, por exemplo, estaria ligado aos três tipos de causas”²⁵⁰.

Afastando-se de Morel, Magnan construiu uma concepção fisiológica da loucura, não dando lugar à metafísica e ao criacionismo. A loucura compreenderia formas patológicas sob a concepção neurofisiológica das degenerescências. Assim, a degenerescência seria uma doença evolutiva²⁵¹, em que os desviantes estariam condenados, assim como seus descendentes, até a extinção da linhagem:

“Magnan definia a degenerescência como um estado patológico de diminuição da resistência psicofísica do indivíduo e de sua impotência (parcial ou completa) nas condições biológicas de luta hereditária pela vida. Essa diminuição, que se traduziria por estigmas permanentes, era por ele considerada progressiva, e culminaria na aniquilação da espécie”²⁵².

O viés classificatório das degenerações hereditárias de Magnan foi um frutífero programa de pesquisa que congregava médicos, neurologistas e psiquiatras. Entre 1870 e 1890, os *Anais Médico-Psicológicos* publicaram diversos artigos dedicados ao problema da degeneração²⁵³. Caponi destaca que o sucesso desse programa de pesquisa se deveu ao fato de que para os alienistas da época era frutífero explorar patologias não

248 PORTOCARRERO Vera, Maria. *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Coleção Loucura & Civilização, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002. P. 82.

249 NUNES, Op. cit. P. 377.

250 COFFIN, 2003 *apud* FACCHINETTI, Cristiana, *et all*. Op. cit. P. 255.

251 *Ibid*. P. 136.

252 *Ibid*. P. 241.

253 CAPONI, 2011. Op. cit. P. 176.

incluídas nas classificações tradicionais, por meio da definição de anomalias físicas, mentais e morais: “A teoria da degeneração permite que os pequenos desvios de conduta, os estigmas físicos ou psíquicos e, em menor medida, os delírios insignificantes, se transformem em signos anunciadores de alienação mental”²⁵⁴.

O modelo do degenerado de Magnan tem paralelos e sucessores na tradição psiquiátrica europeia. No campo psiquiátrico italiano, desenvolveram-se as ideias deterministas que a partir da década de 1870 se solidificaram na criminologia positiva, também chamada de Antropologia criminal. Seu maior expoente é o médico Cesare Lombroso (1835-1909) e a sua obra *L'uomo delinquente* (1876), na qual, através da autopsia de um criminoso conhecido, afirmou ter encontrado traços físicos ou ‘estigmas’ que davam conta do ‘atavismo criminal nato’.

A noção do degenerado de Magnan conduz também à ideia de ‘constituição perversa’, proposta pelo psiquiatra Ernest Dupré (1862-1921) em 1912. O psiquiatra também formulou o conceito de ‘psicomotricidade’. Dupré salientou as relações entre anomalias neurológicas e psíquicas com a motricidade, desenvolvendo uma teoria bio-psicológica para explicar a origem do crime, batizando o conceito de ‘perversões instintivas’. Dupres postulou o conceito de ‘constituição perversa’ com base na classificação de Magnan sobre os alienados. Descreveu, nesses termos, a constituição ciclotímica, a emotiva, a mitomaníaca, a paranóica e a perversa. Segundo Dupré, tratava-se de uma doença fixa que, por sua vez, era um terreno para o desenvolvimento de acessos mórbidos e afecções duráveis, cujo sintoma é a exageração dos transtornos constitucionais. A constituição era, para o psiquiatra, um “conjunto de fatores individuais que repousam sobre a herança”²⁵⁵.

Também na Itália da década de 1920, o endocrinologista Nicolás Pende (1880-1970) propôs uma biotipologia definida pelos genes. Para Pende, a constituição individual -morfológica, fisiológica e psicológica- resulta da conversão do gene embrionário em um fenótipo modelado durante seu desenvolvimento para o estado adulto, variando de um para outro indivíduo²⁵⁶.

Na Alemanha, Ernst Kretschmer (1888-1964) lança, em 1921, as bases de uma tipologia constitucional na sua obra *A estrutura do corpo e o caráter: pesquisas sobre o*

254 Estou usando a leitura de Caponi a respeito da degeneração apenas para análise deste conceito em Magnan. Ibid. P. 180.

255 ITURRA, Waldo. La constitución perversa y la responsabilidad. *Revista de Psiquiatria*. Año V, Julio diciembre, Nº 4. 1940. P. 403.

256 PENDE, Nicolás. *Endocrinologia, patología e clinica degli organi a secrezione interna*, Milán, F. Villardi, 1924.

problema da constituição e a ciência do temperamento. Kretschmer correlaciona as características psicológicas com as somáticas dos doentes mentais, tidas como constitucionais em sua ocorrência. Para ele “a constituição seria o conjunto das qualidades individuais, corporais e psíquicas que têm por alicerce a hereditariedade”²⁵⁷.

1.5. A embriaguez como doença: dipsomania e ensaios laboratoriais

Antes de Magnan, houve tentativas para classificar o alcoolismo como uma doença mental. Nos fins do século XVIII, Pinel dizia que a relação entre o alienismo e o álcool ou outras bebidas narcóticas eram a causa de acessos maníacos e do idiotismo. O alienista descreveu acessos de mania provocadas por bebidas alcoólicas ou falta de alimentação²⁵⁸. Mas quando Pinel escreveu, ainda não estava estabilizada a noção do sujeito associado à bebida alcoólica como alcoólatra.

A primeira conceituação do alcoolismo como doença do corpo foi feita pelo médico e militante pela temperança norte-americano Benjamin Rush (1746-1813) em *Inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind* (1785). Além de atingir o corpo, o álcool implicava em uma perversidade da alma e uma corrupção da moralidade²⁵⁹. Em 1804, o médico inglês Thomas Trotter (1760-1832) publicou *Essay Medical Philosophical and Chemical on Drunkenness*, obra na qual se qualificava a ebriedade como uma ‘doença da mente’. Em 1819, Carl Von Bruhl-Cramer, na Rússia, estudou bebedores e concluiu que o hábito era produto de uma ‘doença do sistema nervoso’ e usou a palavra ‘dipsomania’²⁶⁰. A palavra foi resultante do processo de alienação pelo alcoolismo:

“Esta entidade mórbida, fortemente vinculada às teorias da degeneração e da hereditariedade, caracterizava-se pela perda do controle do indivíduo sobre a própria vontade, isto é, uma impulsão irresistível tomava conta da pessoa, transformando-se em uma ideia hipertrofiada que sempre se transformava em ação”²⁶¹.

257 TEIXEIRA, Manoel. O método empírico-indutivo e suas relações com a psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (12), 1995. P. 611.

258 PINEL, Op. cit. P. 78.

259 ESCOHOTADO, Op. cit. 125.

260 SALES, Op. cit. P. 178.

261 SANTOS, Fernando dos & VERANI, Ana Carolina. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 2010, vol.17, suppl.2. P. 404.

Esquirol, no seu tratado da década de 1840, criou o conceito de ‘monomania instintiva’, na qual inclui a ebriedade. Em 1849, o médico sueco Magnus Huss (1807–1890) sistematizou o saber sobre os efeitos do álcool e publicou *Chronische alkoholskrankheit, oder, Alcoholismus chronicus: ein beitrag zur kenntniss der vergiftungs-krankheiten, nach eigener und anderer erfahrung*. Huss utilizou o conceito de alcoolismo para descrever um conjunto de intoxicações que se apresentava em sintomas físicos ou mentais pelo uso excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas²⁶². Adiala comenta que Huss privilegiava o estudo das lesões causadas pelo álcool nos diversos órgãos do corpo, com ênfase nas repercussões do álcool sobre o cérebro e o sistema nervoso²⁶³.

O contexto social nos países europeus, onde eram desenvolvidas essas pesquisas, estava atravessado por mudanças de regime político, emergência dos Estados modernos e desenvolvimento do capitalismo. Os estudos que davam um caráter nocivo às bebidas alcoólicas foram contemporâneos aos movimentos operários do século XIX. O estabelecimento de vínculos entre os traumas sociais e as doenças mentais foi uma explicação frutífera para a ciência psiquiátrica. Harris comenta que, na França, uma das visões sobre o movimento da Comuna de Paris foi a de que ele resultava dos excessos patológicos do alcoolismo. Ao mesmo tempo em que uma nova consciência operária emergia, os *Annales médico-psychologiques* descreviam os operários de Paris como bêbados e maníaco-bebedores²⁶⁴.

O foco dos psiquiatras foi estabelecer uma relação íntima entre o alcoolismo e os modos de vida das classes trabalhadoras. “Para as classes dominantes, a medicalização dos costumes deveria preparar os indivíduos para as exigências advindas dos novos processos de trabalho capitalistas, atuando de forma a controlar costumes e práticas sociais e culturais”²⁶⁵. Assim, “as bebidas alcoólicas realçavam os elementos negativos da miséria, da indigência, da vagabundagem, e de outras figuras similares”²⁶⁶. Segundo Harris, foi dos hospícios e dos tribunais que saíram as principais contribuições para o

262 CARNEIRO, Henrique. *A fabricação do vício*. Texto apresentado na conferência A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina, no XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG), em 15/07/02, em Belo Horizonte, 2002; ANKENY, Rachel; LEONELLI, Sabina; NELSON, Nicole C.; RAMSDEN, Edmund. Making Organisms Model Human Behavior: Situated Models in North-American Alcohol Research, since 1950. *Science in Context*, Vol. 27, Nº3, 2014..

263 ADIALA, Op. cit. P. 114.

264 HARRIS, Op. cit. P. 267.

265 SANTOS, Fernando dos *et all*. Op. cit. P. 413.

266 *Ibid*. P. 413.

desenvolvimento das teorias psiquiátricas acerca do alcoolismo, incluindo aí as principais observações clínicas²⁶⁷.

No final do século XIX, nos ensaios laboratoriais de Magnan, a principal bebida alcoólica usada era o absinto²⁶⁸, bebida amplamente consumida na França pelas classes baixas depois de que os vinhedos franceses foram infectados por filoxera, em 1864, e sua produção diminuiu²⁶⁹. Alienistas e colaboradores contemporâneos de Magnan tentaram determinar a associação entre a ingestão excessiva de absinto e a ocorrência de crises epiléticas e distúrbios mentais. Auguste Motet (1832-1909), alienista da Bicêtre em 1859, apresentou os efeitos tóxicos do consumo de absinto em uma tese de doutorado na Universidade de Paris²⁷⁰. Outro alienista, M. Marcé, de quem Magnan refere-se como seu mestre em Bicêtre, em um artigo publicado em 1864²⁷¹, acentuou a importância do alto teor alcoólico do absinto, porque, ao contrário da simples intoxicação alcoólica, ele rapidamente “produz estupor, hebetude (embotamento da mente), aterrorizantes alucinações e enfraquecimento intelectual”. A pesquisa avaliou o efeito de 2-3 g. de essência de absinto a cães, e de 3-8 g., que provocaram convulsões, incontinência, problemas respiratórios e a morte²⁷². Outro colaborador de Magnan foi o médico norte-americano Robert Amory (1842- 1910). Interessado pela ação fisiológica das drogas, ele acompanhou as pesquisas do alienista francês em espécies não-caninas feitas no Asile Centrale des Alienes, publicando, em conjunto com Magnan, alguns de seus próprios dados originais²⁷³. Ao voltar aos Estados Unidos, suas pesquisas focaram, entre outras coisas, na ação terapêutica do brometo de potássio.

A associação entre o absinto e as convulsões também foi notada pelo médico francês Armand Trousseau (1801-1867). Trousseau descreveu o caso do Sr. W., de 38 anos, em 1861²⁷⁴, que aos 25 anos experimentou crises epiléticas, provavelmente

267 HARRIS. Op cit. 410.

268 O absinto é derivado da planta *Artemisia absinthium* e seu composto mais reconhecido é a tujona. Consumida na região oeste Europa, são reconhecidas suas qualidades medicinais desde o Papyrus de Ebers (século XVI a.C.), Plínio e foi descrita no primeiro século por Dioscorides. Suas propriedades são consideradas para o estômago, a digestão e para os doentes de fígado. O absinto foi desenvolvido a partir de uma fórmula originada na Suíça no final do XVIII e nos últimos dois séculos se estima que tem uma alta concentração de acetatoálcool (45-75%). Ver EADIE, Op cit. P. 74

269 Ibid. P. 127.

270 MOTET A. *Considerations générales sur l'alcoolisme, et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe* [Thesis]. Paris: University of Paris; 1859. Apud EADIE, Op. cit. P. 75.

271 MARCÉ, M. *Sur l'action toxique de l'essence d'absinthe. Comptes Rendus Hebdomadaires des Seances de l'Académie des Sciences*, 1864. Apud EADIE, Op. cit. P. 75.

272 EADIE, Op. cit. P. 75.

273 AMORY R. Experiments and observations on absinth and absinthism. *Boston Med Surg J* 1868. Apud EADIE, Op. cit. P. 76.

274 TROUSSEAU, A. *Lectures on clinical medicine*. Vol. 1. Translated by Basire V. London: New Sydenham Society; 1868. Apud EADIE, Op.cit. P. 75.

devido ao seu uso excessivo de absinto, segundo o médico, desaparecendo quando parou de beber o licor. Segundo Eadie, os fatores temporais sugerem que, em algum ponto entre 1850 e 1861, Trousseau reconhece a associação entre absinto e as convulsões. O próprio trabalho de Magnan na área começou em 1864, enquanto ele estava colaborando com Marcé²⁷⁵.

Se na segunda metade do século XIX, experimentos com animais e aves foram feitos predominantemente na França, Rússia e Alemanha; na virada do século, a maioria das pesquisas nesta área foram desenvolvidas nos Estados Unidos, onde cachorros, coelhos, porcos, macacos, gatos, pássaros, ratos silvestres e ratos brancos foram usados no laboratório do psicólogo e ajudante de neurologia Clifton Fremont Hodge (1859-1919), da Universidade de Clark, Boston²⁷⁶. Hodge pesquisou os efeitos do álcool na digestão, secreções, crescimento, desenvolvimento, resistência a infecções, toxicidade, nutrição e patologias físicas²⁷⁷.

É nesse contexto que Magnan demonstra interesse em encontrar fatos científicos sobre os efeitos do álcool (absinto, no caso de seus estudos). A relação entre paralisia geral e alcoolismo e a explicitação de seus efeitos físicos também lhe serviram para sustentar sua empreitada teórica sobre o degeneracionismo.

Preocupado em adequar sua investigação segundo os parâmetros normativos da ciência de sua época - seu objetivo nos ensaios com absinto em animais era determinar com exatidão clínica a neurotoxicidade da ingestão, a compreensão dos mecanismos de ataque epiléptico, assim como o potencial para a produção de convulsões artificiais em clínicas²⁷⁸. Os corpos de animais servem como laboratório para a comprovação de suas teorias. Embora tenha continuado a campanha contra o uso abusivo do álcool em todo o resto da sua vida, a partir da década de 1880, seu interesse se expandiu para a classificação de doenças mentais. Ele acreditava que as doenças deveriam ser categorizadas com base nos seus cursos ao longo da vida, e assumiu a ideia de Morel de que o alcoolismo era uma degeneração moral, mas minimizou as conotações religiosas²⁷⁹.

275 EADIE, Ibid. P. 75.

276 HODGE, Clifton F. The Influence of Alcohol on Growth and Development. Em *Physiological Aspects of the Liquor Problem*, edited by Wilbur O. Atwater, John S. Billings, Henry P. Bowditch, Russell H. Chittenden, and William H. Welch, Boston, 1903. Apud ANKENY, Rachel; LEONELLI, Sabina; NELSON, Nicole C.; RAMSDEN, Edmund. Making Organisms Model Human Behavior: Situated Models in North-American Alcohol Research, since 1950. *Science in Context*, Vol. 27, N°3, 2014

277 Ibid.

278 EADIE, Op. cit. P. 74.

279 Ibid. P. 75.

Ao lado das experiências em animais (cães, gatos, coelhos, cobaias e diversas aves), em 1864, ele descreveu o caso de um homem de 30 anos que experimentou vertigos (termo utilizado para breves ataques epiléticos não-convulsivos com alterações da consciência) e convulsões epiléticas quando bebia absinto²⁸⁰. Magnan afirmou que ele tinha encontradas outras instâncias da associação a partir do delineamento experimental de seus estudos de laboratório. Segundo Eadie, Magnan estava ciente da necessidade de distinguir entre os papéis de álcool e do absinto em provocar crises epiléticas e outras manifestações de neurotoxicidade²⁸¹. Nesses termos, Magnan se preocupou em usar o absinto do mesmo fabricante para suas pesquisas, assim como usar outras bebidas alcoólicas. Assim, ele relatou ensaios com essências de anis (*Pimpinella anisum*), badiana (*Illicium anisatum*) e angélica (*Angelica archangelica*); cálamó (*Cálamo aromaticus*), orégano (*Origanum vulgare*), hortelã (*Lamiaceae*) e melisa (*Melissa officinalis*); todos os quais não provocaram as convulsões do absinto²⁸². Preocupado com a dosagem, chegou a estabelecer que 5 g. de essência de absinto causavam convulsões e alucinações, enquanto doses mais baixas provocavam vertigem. Suas pesquisas com álcool determinaram que a ingestão diária em um cão gera tremores generalizados, paraplegia, neuropatia periférica e coma. A combinação de álcool e essência de absinto em outro cão resultou em tremores, paraplegia alcoólica e crises epiléticas²⁸³.

Magnan se preocupou em apresentar provas suficientes da relação entre o absinto e as crises epiléticas. Em dois pombos, ele mostrou que as convulsões induzidas por essência de absinto continuaram depois de remover os hemisférios cerebrais. Em ensaio com um cão mantido vivo por respiração artificial, após o cortado neuroeixo na junção cervico-medular, observou que a essência de absinto intravenosa causou repuxões na parte superior do corpo do animal, seguido por crises convulsivas tônico-clônicas e em seguida uma convulsão generalizada quando a dose de absinto foi aumentada. Em 1873, utilizou um oftalmoscópio para observar as mudanças dos vasos da retina de um cão ao qual provocou convulsões com essência de absinto. Em outro animal, fez uma trepanação no crânio para inspecionar a superfície cerebral durante a intoxicação induzida por absinto²⁸⁴. Para Magnan, era evidente que o absinto possuía qualidades

280 Ibid. P. 76.

281 Ibid.

282 Ibid.

283 Ibid.

284 Ibid.

convulsivas e outras formas de ação neurotóxica. Em seu artigo publicado na revista *The Lancet*²⁸⁵ em 1874, escreveu que a "essência de absinto é um valioso agente para o estudo do mecanismo da epilepsia". O caminho assinalado por Magnan foi seguido por outros pesquisadores no final do século XIX, que provocavam crises epiléticas em animais para estudar os efeitos das convulsões induzidas²⁸⁶. Tratava-se de um autêntico programa de pesquisas. Nas primeiras décadas do século XX, o farmacêutico Howard Florey (1898-1968) provocou crises epiléticas em animais em investigações sobre a circulação cerebral²⁸⁷, realizadas no Laboratório de Charles Sherrington em Oxford²⁸⁸. Até o final do século XIX, era postulada a existência de uma síndrome, que envolvia a dependência de substâncias, alucinações, crises epiléticas e deterioração mental²⁸⁹.

Os estudos clínicos de Magnan provocaram a proibição da produção de absinto em 1915 na França e em vários outros países ocidentais devido ao potencial para gerar distúrbios neurológicos, incluindo alterações mentais e convulsões epiléticas²⁹⁰.

Segundo Harris, os trabalhos do Legrain e Magnan "sobre as dimensões morais, biológicas e sociais da bebida causaram um impacto duradouro na percepção da violência alcoólica nos tribunais (...). O alcoolismo penetrou a consciência nacional como uma reconhecida patologia social"²⁹¹. Os alcoólatras também foram incluídos em obras como *Les vagabonds*, de 1908, de grande popularidade na França, sendo colocados como uma classe de vagabundagem, junto a neurastênicos, epiléticos, entre outros doentes e marginalizados sociais. O alcoolismo, junto à vagabundagem, assumiu um importante lugar na galeria médica de patologias nacionais da França no período²⁹².

É essa patologização dos bebedores que levam às primeiras abordagens terapêuticas para experiências de embriaguez, ancorando no estado chamado de '*delirium tremens*' o eixo integrador da psicose alcoólatra. Descrito pela primeira vez em 1813 por Thomas Sutton, o delírio por tremores era produzido no estado de abstinência das bebidas alcoólatras. Tal descrição moldou apresentações posteriores relativas a

285 MAGNAN, Valentin. On the comparative action of alcohol and absinthe. *The Lancet* 1874; 2:410-2. *Apud* EADIE, Op. cit. P. 77.

286 Eadie cita os casos de Francois-Frank CE, Pitres A. *Recherches expérimentales et critiques sur les convulsions épileptiformes d'origine corticale*. *Arch Physiol Norm Pathol* 1883; e de Boyce R. *A contribution to the study of descending degenerations in the brain and spinal cord, and of the seat of origin and paths of conduction of the fits of absinthe epilepsy*. *Phil Trans* 1895.

287 FLOREY, H. Microscopical observations on the circulation of the blood in the cerebral cortex. *Brain* 925. *Apud* EADIE, Op. cit. P. 77.

288 *Ibid*.

289 *Ibid* P. 74.

290 *Ibid* P. 74.

291 HARRIS, Op. cit. P. 269.

292 NYE, Robert. *Crime, Madness and Politics in modern France. The Medical Concept of National Decline*. Princeton-NJ. Princeton University Press, 1984. P. 176.

outros agentes embriagantes. “O termo *delirium tremens* já era muito usado por volta de 1910, e já se identificavam certas doenças nervosas com o hábito compulsivo de beber”²⁹³.

Magnan sustentava que o alcoolismo “não é um fato individual, com consequências limitadas ao sujeito que bebe; pelo contrário, trata-se de uma doença que afeta profundamente os descendentes e as sucessivas gerações, levando consigo a degradação da raça”²⁹⁴. As articulações entre degeneração e alcoolismo que o psiquiatra francês estabeleceu são inúmeras, considerando as consequências que tal patologia provocaria na condição mental dos pacientes, tais como delírios, alucinações, excitação maníaca. Por outra parte, Magnan considerava o alcoolismo hereditário, “agravando-se o estado do indivíduo nas sucessivas gerações de alcoólatras e provocando, na descendência, inúmeras degenerações, tanto físicas quanto morais”²⁹⁵. Dessa forma:

“o álcool poderia ser tanto a causa das moléstias mentais, consideradas como manifestações de loucura causadas por intoxicação, quanto o desencadeador ou agravante de moléstias já existentes, mas não evidenciadas. Dentre os sintomas de distúrbios mentais apontados pelos médicos como característicos da intoxicação alcoólica estavam a mania, a melancolia, os delírios, as ideias e paranoias persecutórias, as alucinações auditivas e visuais, a desorientação e a confusão mental”²⁹⁶.

O saber sobre o alcoolismo foi uma porta frutífera para que a psiquiatria se espalhasse como saber normativo sobre as condutas sociais. Assim, o alcoolismo, junto a outras condutas medicalizadas, foi considerado uma doença social.

“A percepção de que o alcoolismo era uma doença social advinha da observação de que a doença não se restringia a problemas exclusivamente orgânicos, mas estendia-se para questões de ordem social e moral, já que os efeitos nocivos do álcool não se limitavam ao organismo do indivíduo, mas atingiam também o seu comportamento, abrangendo questões relacionadas à inserção dos indivíduos na sociedade industrial e repercutindo fortemente no mundo do trabalho capitalista, ainda em consolidação. Segundo a lógica científica dominante, ao se entregar ao vício da bebida, o indivíduo era corrompido, pois o

293 HARRIS, Op. cit. P. 266.

294 CAPONI, Op cit. P. 170.

295 Ibid P. 171.

296 SANTOS, Fernando dos *et All.* Op. Cit. P. 403.

abuso do álcool prejudicava o desempenho de suas funções na sociedade, podendo mesmo invalidá-lo por completo”²⁹⁷.

1.6. A dimensão etiológico-evolutiva de Kraepelin

A inteligibilidade sobre a degenerescência também foi dada pelo psiquiatra Emil Kraepelin (1856-1925), que, no debate sobre a psicopatologia e a modernidade, voltou o foco de preocupação para tal categoria, a qual integra fatores orgânicos, como o álcool, a infecção sifilítica e a hereditariedade²⁹⁸. Embora o paradigma degenerativo sobre a loucura fosse forjado na tradição francesa, foi retomado por Kraepelin desde 1880, com vista à construção de uma leitura etiológica e sistemática das perturbações mentais²⁹⁹. Kraepelin escreveu um trabalho intitulado *Zur Entartungsfrage* (A Degeneração) em 1908, no qual, à semelhança da maioria de seus contemporâneos, adotou a teoria da degeneração³⁰⁰.

A motivação explícita de Kraepelin era estabilizar a psiquiatria como uma verdadeira disciplina médica e abandonar teorias e práticas que eram derivadas da filosofia especulativa³⁰¹. O alemão fundou as bases da psiquiatria moderna³⁰². Seus conceitos teóricos tiveram um impacto decisivo sobre o desenvolvimento da teoria e prática psiquiátrica ao longo do século XX³⁰³. Kraepelin sumarizou em sua obra a vasta tradição psiquiátrica alemã, tentando conciliar vertente heterodoxas da psiquiatria com o intuito de estabelecê-la definitivamente como uma ciência, ao mesmo nível da medicina. Para isso, o psiquiatra alemão tentou sintetizar a tradição psiquiátrica com as novas descobertas da bacteriologia e da psicologia experimental. Nesse campo, foi influenciado por Wilhelm Wundt (1832-1920), fundador do primeiro laboratório de psicologia experimental, na Universidade de Leipzig, em 1878, e cujas pesquisas se focavam nas experiências observáveis dos conteúdos da consciência, os quais eram descompostos, quantificados e controlados. Wundt expôs seu pensamento em *Elementos de Psicologia Fisiológica*, publicado em 1874.

297 Ibid. P. 408.

298 ROELCKE, Volker. Biologizing social facts: an early 20th century debate on kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry* 21, 1997. P. 399.

299 BIRMAN, Op. cit. P. 347.

300 ROELCKE, Op cit P. 391.

301 Ibid. P. 387.

302 BERCHERIE. OP. cit. P 161.

303 ROELCKE, Op. cit. P. 384 e 390.

O contexto sóciocognitivo em que Kraepelin desenvolveu suas ideias estava determinado por um rearranjo dos regimes de veracidade das disciplinas médicas nas ciências de laboratório. Na França, o biólogo Louis Pasteur (1822-1895), através de experimentos, teve sucesso em assentar as bases da teoria microbiana, demonstrando a eficácia da vacina contra o carbúnculo e experimentando com sucesso, em 1885, uma vacina antirrábica. “Os vínculos estabelecidos por Pasteur entre vários estreptococos e estafilococos e doenças específicas puseram a bacteriologia no mapa da ciência”³⁰⁴. Posteriormente, Robert Koch (1843-1910), médico, patologista e bacteriologista, corroborou a teoria microbiana através de suas descobertas como o bacilo da tuberculose (1882) e do cólera (1883). Birman comenta que:

“No paradigma cientificista e positivista enunciado por Kraepelin, o que se impunha decisivamente era o imperativo de realizar na psiquiatria o mesmo paradigma presente no campo da medicina clínica. Seu ideal teórico seria o de realizar, na medicina mental, o que Koch forjou no campo da tuberculose, conjugando a descrição clínica com os registros da etiologia e da patogenia, nos rastros da bacteriologia de Pasteur”³⁰⁵.

O intuito de Kraepelin era converter a clínica psiquiátrica numa disciplina médica moderna, baseada em fatos biológicos, criando vínculos com a neuropatologia, a neurofisiologia, a serologia, a genética e a psicologia experimental³⁰⁶. Era uma época em que as técnicas de exploração se aperfeiçoavam vertiginosamente; com a descoberta das colorações histológicas, a punção lombar, a sorologia sífilítica e as patologias associadas às tireóides. Segundo comentou Kraepelin, em 1917, na ocasião da primeira sessão do *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*:

“A psiquiatria tem que colaborar com ciências parciais e auxiliares, à margem da observação constante do doente: exploração do cérebro sadio e doente em seus detalhes mais sutis, a psicologia, a doutrina da herança e da degeneração, a química do metabolismo, a sorologia”³⁰⁷.

Kraepelin também assimilou o conceito ‘endógeno’ de Paul Julius Möbius³⁰⁸. Birman destacou a oposição endógeno/exógeno no pensamento kraepeliano. Com efeito, enquanto as enfermidades exógenas podem ser relativamente reguláveis e

304 PORTER, Op. cit. P. 110.

305 BIRMAN, Op. cit. P. 352.

306 VENÂNCIO, 2003. Op. cit. P. 892.

307 KRAEPELIN, Op. cit. P. 179.

308 FIGUEROA, Op. cit P. 18.

curáveis, as endógenas estão fadadas à cronicidade, uma vez que estão enraizadas num fundo constitucional e degenerativo. Com essa inteligibilidade, a psiquiatria cobra uma nova tarefa à sociedade. Será agora responsabilidade do psiquiatra determinar para onde vão ser dirigidos os esforços para cuidar do ‘corpo do povo’³⁰⁹.

Embora Kraepelin não tenha realizado pesquisas e reconhecesse pouco desenvolvimento da anatomia cerebral na sua época, ele considerava importantes as investigações sobre metabolismo e, sobretudo, a descoberta das alterações que operam no sangue e no líquido cefalorraquidiano sob influência da sífilis³¹⁰. Na história do saber sobre o cérebro, que percorre quando escreve sobre os cem anos da psiquiatria, diz que “só a exploração do cérebro sadio e doente por meio do microscópio trouxe mudanças”³¹¹. O projeto de pesquisa almejado por Kraepelin é poder determinar o agente do mal das doenças mentais e estabelecer seu caráter de organismo singular³¹².

“Nessa perspectiva, o discurso psiquiátrico passou a caracterizar-se pela presença obrigatória de um conjunto de enunciados que, além da descrição sintomática das diferentes perturbações mentais, deveria igualmente incluir aqueles oriundos da anatomia, da bioquímica, da fisiologia e da então recente teoria da hereditariedade. Foi a constituição desses novos registros enunciativos no campo do discurso psiquiátrico que marcou a diferença efetiva entre este e o discurso teórico que o antecederam historicamente”³¹³.

O trabalho de Plaut sobre sífilis e paralisia progressiva também tiveram implicações potencialmente importantes para as hipóteses da degeneração de Kraepelin, do mesmo modo que as pesquisas do psiquiatra Alois Alzheimer (1864-1915) em histopatologia, dedicado entre outras coisas, a diferenciar etiologicamente os processos de envelhecimento simples dos processos patológicos no cérebro associados a condições degenerativas; e as pesquisas do psiquiatra Ernst Rüdin (1874-1952) sobre higiene racial, dedicadas a esclarecer os mecanismos de herança genética³¹⁴.

Entretanto, Kraepelin também compartilha o pensamento dos seus contemporâneos em atribuir como causa das doenças mentais as condições da vida moderna. Nessa perspectiva, preocupa-se em identificar um conjunto de elementos que,

309 BIRMAN, Op. cit.

310 KRAEPELIN, Op. cit. P. 142.

311 Ibid. P. 146.

312 BIRMAN, Op. cit. P. 347.

313 Ibid. P. 348.

314 ENGSTROM, Op. cit. P. 393.

do ponto de vista médico, considera relevantes na civilização moderna³¹⁵: O aumento da frequência da insanidade, incluindo as neuroses funcionais, o aumento da taxa de suicídio, o declínio da taxa de natalidade e uma rápida disseminação das aberrações sexuais. O principal objetivo do argumento kraepeliano era explicar aquelas características como produtos do processo de degeneração³¹⁶.

À semelhança dos saberes biológicos, higienistas e até político-econômicos da sua época, Kraepelin foi influenciado pelo darwinismo social e sua interpretação da vida social foi inspirada na biologia evolutiva. Ele foi um dos primeiros a assumir esses argumentos e, em particular, a aplicar bases biológicas em categorias psiquiátricas não apenas para os indivíduos, mas também para grupos e instituições sociais³¹⁷.

Para Kraepelin, a psiquiatria só poderia se desenvolver como uma poderosa abordagem nas características clínicas que fossem classificadas e agrupadas de tal maneira que uma causa subjacente comum pudesse ser determinada. Além dessa causa, o princípio organizador da nosologia tinha que ser acessível à manipulação de uma forma semelhante aos germes identificados por Pasteur e Koch³¹⁸. Portanto, o princípio organizador da nosologia de Kraepelin se inicia com a definição de que as entidades mórbidas tem uma causa originária, uma discreta entidade mórbida³¹⁹. Kraepelin diz que “a evolução da loucura está essencialmente determinada pelo tipo de processo patológico que está na sua base”³²⁰. Sua biologização da doença mental minimiza as circunstâncias sociais no processo patológico, as quais ficam reduzidas a gatilhos para os defeitos de constituição: “Eventos externos fazem surgir transtornos já instalados e cujos efeitos dependem, em grande medida, da constituição da pessoa atingida”³²¹.

A inflexão feita por Kraepelin no terreno das nosologias psiquiátricas foi abandonar a sintomatologia na explicação das doenças mentais para seguir uma orientação clínico-evolutiva, orientação já assinalada pela psiquiatria clínica de Kahlbaum. Kraepelin vê as doenças mentais como um processo mórbido, uma entidade clínico-evolutiva³²². Ele mesmo comenta que “o estudo detalhado da evolução e

315 A vida moderna como causa das doenças mentais é um lugar comum nos tratados psiquiátricos da sua época. A neurastenia foi a primeira desordem nervosa funcional atribuída à vida moderna, termo introduzido em torno de 1869 pelo neurólogo americano George Miller Beard (1839-1883). O traslado de suas ideias para Alemanha em 1881 foi seguido por uma enorme literatura que é uma saída a ‘era dos nervos’. Ver ROELCKE, Op. cit. P. 385.

316 Ibid. P. 390.

317 Ibid.

318 Ibid. P. 386.

319 Ibid.

320 KRAEPELIN, Op. cit. P. 77.

321 Ibid P. 154.

322 BERCHERIE, Op. cit. P. 166.

desenlace dos transtornos psíquicos e, em certos casos, dispor de dados anatomopatológicos, traz uma melhor compreensão da etiologia”³²³.

A nosologia delineada nas várias edições de seus tratados foi resultado de uma pesquisa estratégica direcionada para supor entidades mórbidas que fossem constituídas por causas específicas e por distintas anatomias patológicas³²⁴. O ponto de vista evolutivo adotado por ele, por sua vez, considera que:

“a operação do diagnóstico estaria intimamente articulada à dimensão do prognóstico, de modo que diagnosticar uma doença implicaria necessariamente a antecipação de sua evolução, bem como do possível destino do doente no futuro”³²⁵.

Para o processo diagnóstico e as classificações de Kraepelin, mais importante do que os sintomas exteriores, era a evolução da doença. “Diagnosticar uma doença era interpretar sintomas em função das disfunções orgânicas internas que as causavam”³²⁶. O mesmo psiquiatra diz que “foi cada vez mais evidente que havia que reconhecer na loucura a expressão de operações cerebrais patológicas condicionadas por uma constituição defeituosa ou por transtornos secundários”³²⁷.

O psiquiatra estava inserido em um contexto de estabilização acadêmica da psiquiatria, quando em 1901 ela se torna disciplina obrigatória nos currículos das escolas médicas³²⁸. Kraepelin participa com entusiasmo da criação da *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*, em 1917, instituto de investigações voltadas à psiquiatria, estabelecido em Munique e financiado por um mecenas americano ligado à Fundação Rockefeller, pela indústria química alemã e pelo governo de Baviera³²⁹.

Desde que se instalou em Munique em 1903, a questão da degeneração se tornou um ponto focal de suas teorias. Nesse período, salienta que “a constituição fundamental do ser humano está condicionada pelas forças da herança”³³⁰. Segundo Roelcke, as publicações desse período se concentram em temas como alcoolismo, crime, degeneração e histeria, visando medidas explicitamente eugênicas destinadas a preservar e valorizar a saúde da população alemã³³¹. A degeneração não era uma condição restrita a um pequeno segmento da população para Kraepelin, mas também

323 KRAEPELIN, Op. cit. P. 140.

324 ROELCKE, Op. cit. P. 387.

325 BIRMAN, Op. cit. P. 351.

326 ROSE, Op. cit. P. 379.

327 KRAEPELIN, Op. cit. P. 134.

328 ROELCKE, Op. cit. 387.

329 ARNÁIZ, Op. cit. P. 18.

330 KRAEPELIN, Op. cit. P. 154.

331 ROELCKE, Op. cit. P. 399.

uma ameaça de proporções cada vez maiores para os países. Essa lógica lhe permitiu diagnosticar não só indivíduos, mas também grupos sociais sofrendo condições degenerativas. O psiquiatra chegou à conclusão de que tinham que ser tomadas medidas para neutralizar os incontestáveis perigos da ameaça. Diante da falta de uma terapia eficaz disponível, Kraepelin defendeu uma estratégia preventiva para afastar os efeitos da degeneração: a luta contra o álcool e sífilis e uma 'sensata higiene racial'³³². Assim como outros médicos contemporâneos, Kraepelin destacou particularmente o papel do álcool, mas também da sífilis, como agente tóxico para o 'germe' da degeneração. Ambos os fatores eram vistos por ele como as principais ameaças para o indivíduo e, o mais importante, para o pool genético da nação. Ele mesmo, quando se refere à prevenção da loucura, diz que ao menos três grandes pragas devem ser prevenidas: a degeneração hereditária, o alcoolismo e a sífilis. Adiciona também o morfínismo e a cocainomania³³³.

Em contraste com Morel, Kraepelin não assume o vínculo necessário entre o incremento da degeneração e a diminuição da fertilidade das famílias afetadas. Entretanto, concorda com Morel, ao considerar que a degeneração seria um processo autolimitante. Nesse sentido, Kraepelin acreditava que os indivíduos degenerados eram mais propensos a contribuir para a propagação do mal hereditário, com sua suposta tendência de comportamento sexual promíscuo e uma incapacidade de viver segundo regras e convenções sociais³³⁴. Aos olhos de Kraepelin, os efeitos do álcool e da sífilis eram observados diariamente no aumento do número de pacientes paralíticos e alcoólicos em sua clínica, efeitos que ameaçavam a existência da nação e da 'nossa raça'³³⁵.

Mas, como era considerado o uso de veículos de ebriedade nas classificações de Kraepelin?

O psiquiatra publicou a primeira edição de seu *Compêndio de Psiquiatria* em 1883 e nos trinta anos que seguiram reeditou oito edições³³⁶. Nele se observa as mudanças dadas à categoria da toxicomania nas diferentes versões do manual.

332 Ibid. P. 391.

333 KRAEPELIN, Op. cit. P. 177.

334 ROELCKE, Op. cit. P. 390.

335 ENGSTROM, Op. cit. P. 392.

336 BERCHERIE, Op. cit. P. 161.

QUADRO 2
CLASSIFICAÇÕES DAS PSICOSES TÓXICAS SEGUNDO EMIL
KRAEPELIN

Edição Manual de Psiquiatria	Classificação
1883 (Primeira edição)	Classificação puramente sindrômica Divide as doenças mentais em 7 grupos. No terceiro, definido como estados de excitação, distingue a melancolia agitada, mania e os estados de excitação dos delirium, quais são integrados pelos delírios febril e alcoólatra.
1887 (Segunda edição)	Intoxicações crônicas como um grupo fechado: alcoolismo, morfinismo e cocainismo
1896 (Quinta edição)	Separa entre as Doenças mentais adquiridas e as Doenças mentais congênitas. No primeiro grupo junto aos estados de esgotamento, doenças de nutrição, loucuras das lesões do cérebro e loucuras involutivas, coloca as intoxicações. Intoxicações divididas em agudas (delírio febril e delírio tóxico) e crônicas (alcoolismo, morfinismo e cocainismo)
1899 (sexta edição)	Intoxicações como um grupo unitário, entre outras 12 doenças mentais
1909 e 1913 (oitava e nona edição)	Entre 17 doenças, que divide entre exógenas e endógenas; no terceiro lugar do primeiro grupo figuram as intoxicações

* Fonte: Bercherie, Paul: Os fundamentos da Clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico. Jorge Zahar editor, Rio de Janeiro, 1989.

* * *

O mapa descrito enquadrará a emergência da figura do toxicômano. No laboratório de Magnan, na segunda metade do século XIX, confluem a anatomia patológica, a fisiologia e a farmacologia para testar a neurotoxicidade de determinadas substâncias e os mecanismos dos ataques epiléticos. Embora o interesse de Magnan fosse constituir a ideia da degenerescência como patologia heredodegenerativa, sua busca de modelos para observação gerou a capacidade de produzir convulsões artificiais em clínica.

A anatomia patológica, grande modelo para a medicina desde Vesalius no século XVI, que passa pelos órgãos de Morgagni, os tecidos de Bichat e a patologia celular de Virchow, delimitou o caminho do organicismo na psiquiatria. O localizacionismo cerebral, iniciado com Willis em 1664 e seguido por Cullen em 1769 ao situar a histeria no cérebro, teve importantes avanços no século XIX, como a articulação causal entre a paralisia geral progressiva com uma lesão anatômica cerebral feita por Bayle (1822), a localização da afasia por Broca (1861) e da afasia sensorial por Wernicke (1874), e a conceituação das convulsões epiléticas como uma descarrega do tecido nervoso sobre o músculo por Jackson (1869). Tem-se que considerar que a medicina criou, nesse século, o conceito de ‘doença mental’, ou seja, a loucura passa a ser uma ‘entidade nosológica’ legítima, em igualdade com outras doenças da medicina³³⁷.

No campo da fisiologia, a rede de tubulações de Boerhaave (1709), os estímulos eletrostaticamente de nervos de rã por Galvani (1792), as glândulas de Müller (1830) e processos metabólicos internos de Justus von Liebig (1840) preparam o terreno para a medicina experimental de Claude Bernard em meados do século XIX.

Moreau de Tours, na área da farmacologia, dá início, em 1845, aos ensaios com drogas, modulando o sistema nervoso central. O alienista francês, usando o haxixe em base experimental, abre a possibilidade de modelagem clínica usando substâncias com efeitos na sensopercepção. Paralelamente, a química de síntese produz novos fármacos que multiplicam o poder dos compostos ativos das substâncias. A morfina (1806), a cocaína (1859), a heroína (1874) se somam à série de compostos experimentados no

337 FIGUEROA, Op. cit. P. 4.

século XIX. Mas se o uso deles era pelas suas propriedades anestésicas, ou seja, para apagar a sensibilidade, com a psicofarmacologia de Moreau de Tours a relação com a sensibilidade se dá em termos de manipulação. Esse foi um caminho seguido por Freud na década de 1880, nos ensaios com cocaína.

Para provar sua teoria da degeneração, Magnan recorre às práticas laboratoriais da sua época. Seus experimentos com absinto serviram para outorgar validade científica através da redução temporal e proporcionar um modelo do processo degenerativo. Os ensaios também permitiram produzir psicoses em laboratório, ou seja, a capacidade, usando protocolos laboratoriais aceitos na sua época, de modular intoxicações e estados de choque. Magnan acabou por enquadrar a dipsomania como uma patologia heredodegenerativa, modelo que vai ser atualizado para o século XX por Kraepelin.

O processo descrito é o pano de fundo do desenvolvimento do saber médico psiquiátrico nas primeiras décadas do século XX e marcará, como veremos daqui em diante, o processo de institucionalização das ciências relacionadas à conduta e aos estados mentais no Chile e no Brasil.

CAPITULO II

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA E ESPAÇOS LABORATORIAIS NO BRASIL E NO CHILE

Neste capítulo vamos acompanhar a história da psiquiatria em ambos os países, visando compreender o processo de institucionalização expresso na fundação de instituições asilares, no início das cátedras dedicadas às doenças mentais e nervosas, na formação de sociedades científicas e na publicação de revistas de debate e divulgação de seus conteúdos sociocognitivos. Também consideraremos a consolidação de espaços laboratoriais, devido à sua importância para a psiquiatria se tornar ciência médica experimental, e a circulação dos paradigmas que inteligibilizam as doenças mentais, prestando especial atenção às categorias diagnósticas utilizadas. Dessa forma, revisaremos como a psiquiatria, iniciada nos modelos sintomáticos da primeira metade do século XIX, abre-se ao estilo de pensamento organicista na virada do século. Para tanto, iniciaremos comentando em linhas gerais os desenvolvimentos da medicina e do sanitarismo dos dois países ao transcorrer do século XIX.

2.1. O advento do sanitarismo

A institucionalização da psiquiatria e dos espaços laboratoriais está associada, em ambos os países, ao processo de consolidação do sanitarismo como modelo de intervenção pública, motivo pelo qual é importante revisar a emergência da institucionalidade em saúde pública que define e delimita a intervenção. As primeiras políticas de saúde pública, em ambos os países, corresponderam à reação dos governos diante os surtos epidêmicos. Dessa forma, os sanitaristas e suas intervenções ascendem a um lugar de importância para a administração das cidades. Suas propostas de higiene pública se associam também ao discurso sobre o cuidado da raça para a produção de uma nação próspera, com o viés sanitarista exercendo grande influência nas reformas urbanas acontecidas em Santiago, no Chile, entre 1872 e 1875, e no Rio de Janeiro, a partir de 1903. Essas reformas expressavam uma nova configuração da cidade e da cidadania.

No Chile, a temática sobre o cuidado da raça se adensa sobre o discurso da higiene pública, que entra com força na última década do século XIX, e fazem com que a corporação terapêutica atinja novos patamares. Mas vai ser uma epidemia de cólera, em 1886, o elemento catalisador da institucionalização da saúde pública como uma preocupação estatal e norteadas por agentes sanitários³³⁸. Depois disso, em 1889, é criado o Conselho Superior de Higiene, instituição reitora das políticas de saúde e que marca a transição³³⁹ para que, quase quatro décadas depois, seja criado um ministério dedicado à saúde da população. A instância substitui o Protomedicato (vigente desde 1566) e representa o primeiro marco significativo do processo de centralização da autoridade sanitária no Chile³⁴⁰. O Conselho significa um sucesso para a nova elite médica, instalada em altos cargos no congresso e no gabinete presidencial, já que visa legitimar e aplicar concreta e permanentemente as políticas de higiene no país³⁴¹. A data coincide com o primeiro Congresso Médico Chileno, celebrado no momento de inauguração da reconstruída Faculdade de Medicina, anexa ao hospital San Vicente de Paul. Com o nascimento do Conselho Superior de Higiene, a dependência institucional da Junta Administradora da Casa de Orates, que antes dependia do Ministério do Interior, agora vai ser responsabilidade do Conselho.

A institucionalização da higiene pública está atrelada a outros eventos próprios da modernização do Estado liberal no Chile. É uma época de expansão devido ao aumento das exportações de salitre produzido nos territórios conquistados na Guerra do Pacífico, o que deu impulso à industrialização do país. Assim, em 1884, a Lei de Registro Civil

338 O surto de cólera apareceu na província de Aconcagua e se espalhou à Santiago, embora se tenha disposto um cordão sanitário. Provoca uma mortalidade de 23.432 em uma população aproximada de 3 milhões de pessoas. O período também vai ter surtos de outras doenças, como a tuberculose, a febre tifóide, sarampo, e um surto de peste bubônica nas cidades de Iquique e Valparaíso em 1905. Os surtos ajudaram a legitimar o papel dos médicos diante os setores dirigentes e as massas, levando à consolidação do seu papel como agentes de profilaxia. Ver LAVAL, Enrique: El cólera en Chile (1886-1888). *Revista Chilena de Infectología*, Edición aniversario. Vol. 20, 2003. P. 86-88.

339 Iniciada em 1886, quando foi criada a Sección de Higiene e Beneficência do Ministério do Interior, encarregada da administração dos estabelecimentos sanitários do Estado. Ver MEDINA, Eduardo & TORO, Jorge: Sinopsis sanitaria chilena. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*. Vol. 17, 2007. P. 79.

340 MOLINA, C. *Institucionalidad sanitaria chilena. 1889-1989*. LOM Ediciones, Santiago, 2010. P. 39.

341 O Conselho é definido como uma instituição de caráter consultiva e é composta por médicos, veterinários, químico farmacêuticos que definiam as ações a seguir para o controle das epidemias e as doenças que atingiram a população. PÉREZ Padilla, Matías. Hacia una historia de la Higiene Pública. El concepto de Higiene como mecanismo de control social en Santiago de Chile (1870-1930). Em *Control social y objetivación: Escrituras y tránsitos de las ciencias en Chile*. Grupo de Estudios en Historia de las Ciencias, GEHC, Universidad de Chile, Santiago, 2012. P. 63.

inicia a administração estatal das populações³⁴²; e em 1887 é promulgada a Lei de Polícia Sanitária³⁴³.

A higiene pública vai à procura da saúde da população e intervém, em particular, nos focos sociais que produzem as doenças. Os artífices da higiene pública chilena são os médicos Alejandro del Rio³⁴⁴ e Federico Puga Borne³⁴⁵, que em 1892 assume a direção do recentemente fundado Instituto de Higiene e Desinfecção, órgão voltado a fazer cumprir na cidade as medidas higiênicas de profilaxia³⁴⁶. Federico Puga Borne (1855- 1935) foi professor de medicina legal e, em 1891, publicou *Elementos de Higiene*, livro que aborda os postulados higienistas, cujo intuito é modelar a saúde vital do homem e da comunidade. Puga Borne define a higiene pública como “o corpo de conhecimento; de preceitos que ensina a conservar; a aperfeiçoar a saúde”³⁴⁷. Sua ênfase é “a destruição de surtos epidêmicos, evitar a propagação de epidemias e reduzir a intensidade delas”³⁴⁸.

Nunca antes no Chile a totalidade da população havia sido objeto de políticas higiênicas regulamentadoras. Até aquele momento, as regulamentações tinham atingido grupos específicos: a proibição da mendicidade em 1872, a regulamentação da prostituição em 1875³⁴⁹. O alvo das políticas de higiene não era apenas o controle da cidade e os espaços públicos, a higiene pública visava intervir na fronteira dos corpos³⁵⁰. “Foi materializado o discurso do controle social e foi empreendida uma política sistemática de profilaxia tanto social como do espaço urbano”³⁵¹.

Na década de 1870, a cidade de Santiago inicia seu crescimento acelerado. Em 1875 a população da cidade atinge 129.807 pessoas, dobrando o número de habitantes das décadas anteriores³⁵². A modernização da cidade e dos costumes passa a ser objeto de debate e a corporação terapêutica atinge novos patamares no seu processo de

342 LEYTON Robinson, César. Historia de la ortopedia urbana 1870-1930. En *Cyber Humanitatis* N° 35, Invierno 2005.

343 MEDICINA, Eduardo & TORO, Jorge: Sinopsis sanitaria chilena. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*. Vol. 17, 2007. P. 79.

344 Alejandro del Rio (1867-1939) foi um médico cirurgião e político. Foi o primeiro ministro de Higiene, Asistencia y Prevención Social em 1924.

345 PEREZ, Op. cit. P. 60.

346 O Instituto de Higiene foi fundado com os departamentos de Higiene e Estatística, Química e Bacteriología. Em 1896 foi sumado um para a produção de soros e vacinas chamado Instituto de Vacuna Animal. Ver ILLANES, María Angélica. *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973*. Impresión La Unión, Santiago, 1993. P. 90.

347 PUGA Borne, Federico. *Elementos de Higiene*. 1891. P. 2.

348 Ibid. P.198.

349 LEYTON (2005), Op. cit.

350 Ibid.

351 PÉREZ Op. cit. P. 63.

352 DE RAMÓN, Armando. *Santiago de Chile (1541-1991). Historia de una sociedad urbana*. Editorial Sudamericana, 2000, Op. Cit. P. 185.

institucionalização. A falta de água potável e redes de esgoto na cidade, junto com a precariedade alimentícia, permitem que surtos de varíola, cólera e tifo assolam as cidades chilenas. A varíola, doença que tinha surtos desde os tempos coloniais, provocou no ano de 1872 a morte de 5% da população de Santiago^{353, 354}.

No mesmo ano, inicia-se a reforma urbana do intendente Benjamín Vicuña Mackenna (1831-1886). Inspirada na reforma urbana de Paris feita pelo barão Georges Eugene Haussmann, o intuito é criar uma nova ordem social, e até 1875 foram feitas uma série de obras que delimitaram uma ‘cidade ilustre’, separada por um caminho ou cordão sanitário, da ‘cidade bárbara’. O paradigma miasmático está por trás da reforma. Nas palavras de Vicuña Mackenna, a ‘cidade bárbara’ é uma “enorme fossa de infecções e de vício, de crime, de peste, um verdadeiro potreiro da morte”. Parques e plantios de árvores se constituem como o cordão sanitário “contra as influências pestilentas dos subúrbios”³⁵⁵. Outras obras urbanas planejadas na reforma aspiram dar a Santiago um ar de modernidade³⁵⁶. Por sua vez, instituições higienistas foram edificadas ao redor da Casa de Orates em espaços antes ocupados por moradores pobres. Assim aconteceu com o Instituto de Higiene Pública, a Escola de Odontologia, o Hospital San Vicente de Paul, o Instituto de Medicina Legal, em frente à mesma Casa de Orates³⁵⁷.

O ano de 1875 também foi palco da primeira reforma da Beneficência Pública que permitiu o ingresso dos médicos na instituição voltada para a saúde da população³⁵⁸. A corporação terapêutica representava, na segunda metade do século XIX, os anseios do liberalismo e positivismo, sendo os médicos os principais agentes do pensamento positivista no Chile. O triunfo ideológico dessa corrente de pensamento aconteceu na década de 1870, depois da crise do modelo exportador e da assimilação das elites ao modelo industrializador. Já em 1874, por ocasião do Congresso Demográfico de Paris (1875), observa-se o levantamento de fatos que visavam construir uma demografia

353 LAVAL (2003), Op. cit. P. 86.

354 LEYTON (2005), Op. cit.

355 A utopia urbana de Benjamín Vicuña Mackenna, político liberal e intendente de Santiago entre 1872 e 1875, define uma cidade ilustrada, cristã, ordenada e limpa diferenciada da ‘cidade bárbara’, que define como um ‘enorme aduar africano’. Assim a utopia visa dividir a cidade em dois, uma “própria sujeita à benefícios da prefeitura e outra para qual tem que existir um regime diferenciado, menos oneroso e menos ativo”. Segundo De Ramón, Vicuña Mackenna “aspirava a uma remodelação das costumes, usos e hábitos da vida urbana”. Ver DE RAMÓN, Op. cit. P. 147. A remodelação atinge um morro localizado no meio da cidade, o cerro Santa Lucia, convertido em um passeio público e em cuja cima Vicuña Mackenna projeto instalar os dois símbolos da modernidade: um relógio e uma ferrovia. Ver mais em LEYTON Robinson, César & HUERTAS, Rafael: Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile. La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875). En *Revista Dynamis*, 2012; 32 (1). P. 43.

356 É criada a Quinta Normal de Agricultura que albergará uma exposição internacional e logo o Museu de Historia Natural. Ver DE RAMÓN, Op. cit. P. 146.

357 LEYTON et All, 2012, Op. cit. P. 43.

358 Ibid.

médica do Chile, no qual fazem uma descrição do território, climas, das doenças endêmicas e dos surtos epidêmicos de varíola, tuberculosas e febre amarela. Os políticos liberais, que dominavam a política na época, buscavam na ciência, em particular na higiene pública, fundamentos de progresso e controle da população em processo de transformação como proletariado³⁵⁹.

Outros instrumentos legais para a promoção do sanitarismo foram a Lei de Vacinação obrigatória (1888), a Lei de declaração de doenças infecciosas (1899), a criação do Desinfectório de Santiago (1896) e da figura do Inspetor Sanitário (1898), e a fundação do Laboratório Chile (1896). Em 1907, é organizada a Assistência Pública de Santiago. Em 1917, o Conselho Superior de Beneficência se encarrega dos hospitais públicos, o que atinge também a Casa de Orates³⁶⁰. Um ano depois, os médicos enfrentam um surto de tifo exantemático (1918) e é promulgado o Primeiro Código Sanitário (Lei Nº 3.385), criando-se também a Dirección General de Sanidad em 1920 e, quatro anos depois, o Ministerio de Trabajo, Salud y Previsión Social.

À semelhança do Chile, o sanitarismo no Brasil foi consequência de vários surtos de epidemias que assolavam as cidades, como a febre amarela (1849, 1868, 1873, 1876, 1903), a cólera (1855) e a varíola (1878, 1887, 1904, 1908)³⁶¹. Mas o despontar das políticas sanitaristas colocou o alvo em doenças que afetavam os imigrantes, como a febre amarela, deixando de lado doenças que atingiam as camadas populares, como a tuberculose, que entre 1850 e 1920 é a que apresenta maior prevalência no Rio de Janeiro³⁶². A criação da Junta Central de Higiene Pública (1851) como o Regulamento dos Serviços Sanitários (1892) implicou em maior espaço de competência médica nas políticas públicas.

Sob o governo de Rodrigues Alves (1902-1906), inicia-se uma reforma urbana da cidade do Rio de Janeiro, promovida pelo prefeito Francisco Pereira Passos e sua política de “bota abaixo”³⁶³. A reforma urbana foi justificada como uma intervenção higiênica da cidade, amplamente respaldada pelo Estado, já que:

359 LEYTON, 2005, Op. cit.

360 MEDINA, *et All*, 2007. Op. cit. P. 81.

361 Embora a doença com maior prevalência na população do Rio de Janeiro entre 1850 e 1920 foi a tuberculose, Chalhoub salienta que a ênfase no combate a febre amarela tem a ver com um as incipientes políticas públicas sanitaristas voltadas a gerar condições sanitárias para a chegada de imigrantes europeus, em vez de se preocupar pela doença que atingia maioritariamente a população pobre e negra da cidade. Ver CHALHOUB, Sidney: Cidade febril. Cortiços e epidemias na corte imperial. Companhia das letras, São Paulo, 1996. P. 87.

362 *Ibid.*. P. 57.

363 A reforma da cidade foi também inspirada na reforma de Haussmann e promoviam a higienização da cidade coerente ainda com as teorias miasmáticas. Derribando cortiços e abrindo amplas avenidas para a circulação do ar

“a febre amarela ameaçava o projeto político de incrementar a imigração europeia para o país, de modo a preencher espaços vazios, prover novas fontes de mão de obra e, principalmente, 'embranquecer' a população mulata”³⁶⁴.

Nesse contexto, são empreendidas as primeiras políticas públicas do saneamento da cidade, chefiadas pelo sanitarista Oswaldo Cruz³⁶⁵. Seguindo a tendência das décadas precedentes, entre 1890 e 1906, a cidade do Rio de Janeiro aumentou sua população em 54%, passando de 522.651 habitantes a 805.335³⁶⁶. Na década seguinte, consolidou-se nas elites o sentimento de que o Estado deveria assumir mais responsabilidade pela saúde da população. Os sanitaristas incidiram fortemente nessa política, vinculando a imagem de construção da nacionalidade à superação das doenças epidêmicas³⁶⁷. O processo foi determinado pela consolidação da perspectiva contagionista - com as descobertas de Pasteur e Koch, que atribuía a difusão das doenças aos microrganismos – a qual se consolidou nas primeiras décadas do século XX:

“A hegemonia da bacteriologia significou a ênfase no diagnóstico no combate pontual a doenças específicas causadas por agentes determinados, porém universalmente encontrados, na produção de vacinas, soros e remédios, na ação preferencial sobre o indivíduo doente, principalmente, na tendência a prescindir de mudanças externas ao conhecimento científico como requisito para seu sucesso. Essa perspectiva tornava a sociedade um mero fator contextual”³⁶⁸.

As intervenções higiênicas da cidade do Rio de Janeiro tiveram um papel irradiador do sanitarismo no Brasil³⁶⁹. De 1910 e 1920, enfatizou-se o combate a doenças rurais, como a ancilostomíase, malária e mal de Chagas. A empreitada desenvolvida no nordeste do Brasil tem a ver com a descoberta dos sertões no

foram o ponto culminante de uma política iniciada já em 1873 com a primeira lei de demolição de cortiços no Rio de Janeiro segundo o parecer do inspetor sanitário. Ver CHALHOUB, Op. cit.

364 STEPAN, Nancy Leys. *Medicina tropical e saúde pública na América Latina. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, Nov. 1997. P. 602.

365 Oswaldo Cruz (1872-1817) foi nomeado em 1900 diretor técnico do Instituto Soroterápico Federal, assumindo a direção da instituição em 1902 e diretor de saúde pública por Rodrigues Alves em 1903. Sua tarefa foi o combate a febre amarela, a peste bubônica e a varíola, desenvolvendo campanhas sanitárias que provocaram descontento popular (1904) e que conseguiram o controle da febre amarela na cidade do Rio de Janeiro em 1907. Sua intervenção higienista, embora a rejeição popular provocada, fez que recebesse o primeiro prêmio na XIV Exposição de Higiene e Demografia realizada em Berlim em 1907. Ver FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Arquivo Oswaldo Cruz: Inventário analítico*, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

366 ABREU, Mauricio de Almeida. *Evolução urbana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: IPLAN-RIO, 1987. P. 66.

367 HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política pública de saúde no Brasil*. Editora Hucitec, São Paulo, 2012. P. 41.

368 Ibid. P. 57.

369 ALVES, Lourence Cristine. *O Hospício Nacional de Alienados: Terapêutica ou higiene social?*. Dissertação de mestrado em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010. P. 39.

imaginário das elites brasileiras e as intervenções sanitaristas se apresentavam mais como um caminho para a construção da nação, estabelecendo-se uma relação de causalidade a ausência do poder público e a presença das doenças³⁷⁰.

Também as expedições científicas realizadas durante a Primeira República a diferentes regiões do território nacional revelaram a cara de um novo Brasil e incrementaram o questionamento sobre o pessimismo climático e a formação racial do país como causas dos problemas brasileiros. As novas ideias apontavam a necessidade de políticas de saneamento. A imagem de um povo doente é resumida na frase do médico Miguel Pereira: “o Brasil é um imenso hospital”, dita em 1916. A inferioridade, vista pelos estrangeiros e não poucos intelectuais do Brasil, podia ser superada pela ciência através das práticas higiênicas e da medicina moderna³⁷¹.

2.2. As instituições de assistência aos alienados

A fundação do Hospício Pedro II, na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, e da Casa de Orates Nuestra Señora de los Ángeles, em um bairro do centro de Santiago, em 1852, marcam o momento inicial do processo de institucionalização da psiquiatria no Brasil e no Chile. Nos dois países, a criação dessas instituições abriu espaço para o cuidado médico institucional da loucura, permitindo o agrupamento em torno dele de coletivos profissionais interessados no conhecimento da loucura, os quais vão a desenvolver a clínica das doenças mentais e, mais tarde, também a experimentação laboratorial. Dessa forma, o hospício, em ambos os países, são espaços onde os alienistas e psiquiatras podem aplicar e contrastar as teorias sobre as doenças mentais, realizar ensaios terapêuticos e produzir o conhecimento anatomopatológico da loucura, processo que está inserido no momento de consolidação do organicismo como estilo de pensamento hegemônico para as ciências biomédicas.

No Rio de Janeiro, a fundação do Hospício Pedro II em 1852 foi um evento almejado há uma década. Levantado pelo concurso de doações, a ideia foi contemplada em 1841 em um contexto de afirmação de um poder imperial centralizado e forte, “ávido por mostrar-se em sintonia com a modernidade representada pela civilização

370 HOCHMAN, Op. Cit. P. 61 e 69.

371 LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. P. 23.

européia”³⁷². Nessa empreitada de se colocar ao nível das grandes nações europeias, aderiu-se tanto o poder político, centrado no monarca, como a elite agrária brasileira³⁷³.

O processo foi iniciado com a transferência da corte portuguesa para o Brasil, em 1807, o que gerou a criação de instituições como as escolas de medicina do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), transformadas em 1832 nas primeiras Faculdades de Medicina³⁷⁴. Em 1829, é fundada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro³⁷⁵. Esse processo modernizador da época permitiu paulatinamente a consolidação institucional da corporação terapêutica. Em 1848, é criado o Laboratório Químico-Prático do Rio de Janeiro, e, em 1851, a Junta Central de Higiene Pública. Nesse sentido, o advento da modernização no Rio de Janeiro está atrelado à chegada da família real. Em 1872, foi feito o primeiro censo geral da população brasileira³⁷⁶, iniciando-se a produção de um conhecimento positivo das populações. A consideração do nascimento, da morte e das doenças inaugura a era moderna: “Novos tipos de fatos sobre as populações são considerados as coisas a serem descobertas”³⁷⁷.

Ao anseio de consolidação do Império, expresso na criação de instituições modernas, adicionaram-se as reclamações feitas pelos médicos da Sociedade de Medicina e Cirurgia da cidade contra a circulação dos loucos pelas ruas do Rio de Janeiro, figuras que eram vistas como uma ameaça à ordem urbana e à higiene pública³⁷⁸. Na década de 1850, a capital do Império era a cidade mais populosa do Brasil, e começava um processo de expansão urbana e de habitantes, que no período de 1838 até 1870, aumentou em 97% a taxa de crescimento populacional urbana. Se, em 1838, a cidade contabilizava 137.078 habitantes (somadas as áreas urbanas e rurais), em 1870, aumentou para 235.291³⁷⁹. Até então, o espaço destinado à loucura na mentalidade da época era próximo ao dos órfãos, indigentes e pobres das cidades. Os hospícios e asilos eram locais de hospedagem e recolhimento de alienados pobres e sua gestão seguia o padrão das Santas Casas de Misericórdia³⁸⁰.

372 TEXEIRA, Manoel. Nascimento da psiquiatria no Brasil. Em *Noção de Pessoa e Institucionalização dos Saberes Psicológicos no Brasil*. *Cadernos IPUB*, N° 8, 1997. P. 42.

373 ALVES, Op. cit.

374 TEXEIRA, 1997. Op. Cit. P. 49.

375 A partir de 1835 passou a ser denominada Academia Imperial de Medicina. Ver FERREIRA *et All*. Op. cit. P. 477.

376 <http://memoria.ibge.gov.br/publicacoes/historia-das-estatisticas-brasileiras>

377 HACKING, 2009, OP. cit. P. 97.

378 TEIXEIRA, 1997, Op. Cit, p.. 42

379 ABREU, 1987, Op. cit. P. 37 e 39.

380 ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005. P. 958.

Se no Brasil o Hospício Pedro II está inserido no processo de consolidação do Império, no Chile a abertura da Casa de Orates está atrelada a um processo de modernização da República nascida em 1810. A fundação daquele espaço se produz em um momento de consolidação da cidade de Santiago como o centro reitor do país. Com 80 mil habitantes (censo de 1843), Santiago era a sede do governo, e reservava para si o monopólio da vida cultural ao sediar a única universidade chilena e ser o local de residência das classes altas. A Universidade do Chile, fundada em 1842, abrigou a formação médica no país, iniciada em 1833 no que era o Instituto Nacional³⁸¹, e correspondeu a um esforço modernizante que também criou o primeiro observatório astronômico em 1849, e a Penitenciária de Santiago e a Oficina Central de Estatística em 1843.

Na mesma década da fundação da Casa de Orates no Chile, foi promulgado o Código Civil (1855), que abre a porta de entrada para os médicos nos tribunais com a intenção de explicar aos juizes "a existência e a natureza de demência" (Artigo 460)³⁸². Era uma época de incipiente crescimento das cidades, de migração campo-cidade com ruas que começavam a lotar de desconhecidos. Um louco completamente pelado aí, outro excessivamente abrigado no meio do verão mais além³⁸³, deram para suscitar os comportamentos fora da norma. Segundo o Censo da República de 1854, no Chile existiam 81 loucos³⁸⁴.

A criação da Casa de Orates correspondeu ao período de gestão do prefeito militar Francisco Ramírez, que conheceu, em Lima, Peru, o Hospício de Loucos de San Andrés, fundado em 1535, para onde eram levadas, nas épocas precedentes, as pessoas

381 No momento da fundação da Universidade do Chile (1842) é criada a Faculdade de Medicina. O primeiro currículo de formação incluía dois anos de anatomia, fisiologia e higiene, seguido por quatro anos para o estudo dos princípios e práticas da medicina, cirurgia, obstetrícia e, em menor medida, pediatria. O programa teve sua primeira alteração em 1845, Ver NEGhme, 1972. P. 826. A maioria dos professores entre 1833 e 1863 foram os estrangeiros contratados pela universidade. Ver HERVE, 1972. P. 809. Nas suas primeiras décadas teve como catedráticos dez professores, entre os quais se destacam Angel Segundo Vasquez (Química orgânica, 1856), Rodolfo Armando Philippi (História Natural, 1857), Adolfo Murillo (Terapêutica y Obstetrícia, 1868), José Ramón Elguero (Doença mental, 1869). Ver COSTA-CASARETTO, 1972. P. 770.

382 Código Civil de 1855. Visto em fevereiro, 2015: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1973> Uma reforma ao Código Penal posterior (1874) vai a institucionaliza a prática da perícia médica. CORREA, María. Exceso Nervioso, Locura y Ciencia Médica en Chile urbano (1840-1860). Em *Anales de Historia de la Medicina*, 2008. Vol. 18.

383 Uma imagem dos loucos que perambulavam pelas cidades de Santiago e Valparaíso vistos pela imprensa no meados do século XIX pode-se achar em Aroca, Alfredo: *Historiografía de la locura. El péndulo de la historia*. Em *Psikeba: Revista de psicoanálisis y estudios culturales*. Nº 2, 2006. <http://www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html>. Visto em fevereiro 2015.

384 AROCA, Alfredo: *Historiografía de la locura. El péndulo de la historia*. En *Psikeba: Revista de psicoanálisis y estudios culturales*. Nº 2, 2006.

alienadas que tinham recursos³⁸⁵. O asilo, acondicionado em um antigo quartel militar, não tinha uma função terapêutica. Foi planejado como um depósito de doentes³⁸⁶, e foi reflexo “da única preocupação social perante os doentes mentais: aprisionado para se livrar de suas reações perigosas”³⁸⁷. Até o lugar chegavam “os doentes mentais que eram uma moléstia para a família e um perigo para a sociedade”³⁸⁸.

Assim como no Brasil, a administração do local foi deixada nas mãos de uma Junta de Beneficência, seguindo o modelo filantrópico de gestão das instituições sanitárias³⁸⁹. A figura do médico não tinha peso nas decisões importantes que foram tomadas nessas áreas; apenas cabia para ele um papel secundário, sob a autoridade das figuras religiosas e da Junta³⁹⁰. Incluso, nos primeiros vinte três anos a Casa de Orates não teve pessoal médico especializado. Quando o local tinha dois anos de existência foi contratado, para exercer funções médicas, o médico francês Lorenzo Sazié³⁹¹. Em fins de 1854, já tinham ingressado no hospício 103 pessoas, mantendo-se uma população permanente de 59 pacientes. Em 1860, assume como médico do hospício o médico Ramón Elguero (1819-1877), professor de Patologia Interna (1840), que vai desempenhar o papel até 1874. Com o aumento da população da Casa de Orates de Santiago a 300 pessoas, em 1872, são contratados os médicos Adolfo Valderrama³⁹² e Wenceslao Díaz³⁹³, que sucederam Elguero a partir de 1874³⁹⁴. Adicionado à estreiteza

385 CAMUS, Pablo: Filantropía. medicina y locura: La Casa de Orates de Santiago 1852-1894. Em *Revista Historia*, Vol. 27, 1993. P. 99; VIVADO A, Larson C, ARROYO V. La Asistencia Psiquiátrica en Chile. *Rev. de Psiquiatria y Disciplinas Conexas* 1939; 3. P. 157.

386 Uma iniciativa anterior foi o levantamento de quartos em 1834 no hospital San Juan de Dios para manter trancados alguns doentes mentais. Ver MURILLO Baeza, Gustavo Adolfo. *Reseña Histórica del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”*. Em *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*. Santiago, Sociedad Chilena de Salud Mental, 2002. P. 134.

387 VIVADO *et All.* Op. cit. P. 158.

388 Casa de Orates de Santiago. *Actas de la Junta Directiva 1854-1891*, Santiago, 1901. P. IX.

389 Em 1832 foi criada a Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos, instancia a cargo da gestão assistencial dos pobres e doentes. Ver MEDINA *et All.* P. 78.

390 CAMUS, Op. Cit. P. 157.

391 Lorenzo Sazié (1807-1865) estudou medicina nos hospitais Necker, Saint Louis e Hotel Dieu com H. Dupuytren, F. Magendie, F. Broussais e J. Valpeau. Chegou a Chile contratado pelo governo em 1884 para ministrar a cátedra de Cirurgia. Também ficou responsável pela cátedra de Anatomia, foi propulsor da Obstetrícia acadêmica e o primeiro decano da Faculdade de Medicina. Trabalhou como médico da Casa de Orates entre 1854-1865, data de sua morte. Ver HERVE, 1972. P. 814; CAMUS, 1993. P. 102 e LEYTON, 2008. P. 263.

392 Adolfo Valderrama (1834-1902) foi um médico que exerceu na cátedra de Anatomia da Faculdade de Medicina (1888) e foi professor de Patologia Externa no Instituto Nacional. De filiação ao Partido Liberal ocupou cargos públicos. Publicou artigos nos *Anales da Universidad de Chile*, entre os quais destacam *Sobre la glicerina*; *Contajio de los accidentes secundarios de la sífilis* (1857); *Sobre el tumor blanco* (1860); *La ciudad de la Serena considerada bajo el punto de vista de la patología interna i de la cirujía operatoria* (1861) e *Naturaleza de las enfermedades* (1862).

393 Wenceslao Díaz (1834- 1895) em 1873 foi nomeado chefe do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina. Entre 1877 e 1880 foi decano da Faculdade de Medicina. Participou da fundação da Sociedade Médica de Chile (1869) e foi editor da *Revista Médica de Chile* (1872). Integrou também a Sociedade de Farmácia e a Sociedade de Arqueologia de Santiago. Entre suas publicações nos *Anales da Universidad de Chile* destacam *Apuntes para servir a las investigaciones sobre la influencia de las afecciones del corazón en Chile* (1861); *Memoria sobre las Hernias en General: bajo el punto de vista de la patología esterna* (1864); *De la conjuntivitis pustulosa consecutiva en las viruelas* (1870); *Idea de la Geografía Médica de Chile* (1875); y *Memoria de la Comisión Directiva del Servicio*

do espaço, em 1858, foi construído um novo prédio no bairro de Recoleta, desenhado pelo arquiteto Fermín Vivaceta com capacidade para 272 doentes³⁹⁵.

A virada do século trouxe uma remodelagem da Casa de Orates. Foram criadas novas oficinas para a reabilitação pelo trabalho (chamada como ergoterapia), novas dependências para hidroterapia, uma capela para as freiras da congregação de San José de Cluny, que chegaram em 1895, e houve a reabilitação do teatro no interior do hospício³⁹⁶. O ingresso dos pacientes se iniciava no quarto de observação e depois eram separados entre crônicos e agitados. Em outro local, eram deixados os alcoólatras, no Asilo de Temperança, estabelecido na primeira Lei de Alcoóis (Nº 1.515 de 1902), cujo Título II criou anexo à Casa de Orates. Se em 1889 os internos da Casa de Orates são 652 alienados³⁹⁷, na primeira década do século XX o número de internos aumenta para 1.700 pessoas. A Memoria de la Casa de Orates, de 1923, relata o ingresso de 1.160 pacientes, naquele ano, aos 2.184 internos já existentes³⁹⁸. Nessa década, a cidade de Santiago atingia a população de 507 mil habitantes³⁹⁹.

O segundo marco fundamental da psiquiatria em ambos os países é o surgimento de cátedras dedicadas às doenças mentais. No Rio de Janeiro, em 1881, foi criada a cadeira de Doenças Nervosas e Mentais na Faculdade de Medicina (FMRJ), ocupada pelo médico alienista Nuno de Andrade (1851-1922), que era médico adjunto do Hospício de Pedro II, em 1877. Sua tese de graduação de 1875 foi intitulada *Do Diagnóstico e Tratamento das Neuroses Viscerais*. Com o intuito de obter o lugar de membro titular da Academia Imperial de Medicina, em 1876, apresenta uma memória intitulada *Da Natureza e do Diagnóstico da Alienação Mental*. Permanece na função de médico-adjunto do hospício até 1878, sendo nomeado, em 1881, diretor-geral do Hospício de Pedro II, função que exerce apenas até 1882, devido a problemas com a administração da Santa Casa⁴⁰⁰.

Sanitario del cólera 1887-1888 (1888). MUSEO DE MEDICINA: <http://www.museomedicina.cl/home/index.php/historia-de-la-medicina/111-wenceslao-diaz-1834-1895.html>..

394 ESCOBAR, Miguel. Enrique José Ramón Elguero del Campo (1819-1877). *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*, 38 (2), 2000. P. 131; MURILLO, Op. cit. P.134.

395 CAMUS, Op. Cit. P.103.

396 ESCOBAR, Enrique. Los tratamientos biológicos en el manicomio nacional chileno (1894-1959). *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 2009; Vol. 19. P. 123.

397 CAMUS, Op. Cit. P. 133.

398 Memorias de Casa de Orates, Santiago, 1923.

399 DE RAMON, Op. cit.

400 TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, Vol. 15, Nº 2, Junho, 2012. P. 366.

Na cadeira da FMRJ, Nuno de Andrade é sucedido em 1882, por um curto período de tempo, por Agostinho Souza Lima (1877-1902), e posteriormente por João Teixeira Brandão⁴⁰¹, até 1899, quando esse último é eleito deputado; cargo que aproveitou para consolidar a articulação legal da medicina psiquiátrica no Brasil por meio da redação do projeto de Lei 1.131, primeira lei de alienados no Brasil. Também participou na redação dos projetos de lei de vacinação obrigatória contra a varíola. Seguiram-no Márcio Nery⁴⁰², entre 1904 e 1907, e depois Henrique Roxo⁴⁰³.

No Chile, o ensino da psiquiatria foi iniciado por Ramón Elguero, que iniciou o curso de Doenças Mentais na Faculdade de Medicina, em 1869, e que incluía um ano de patologia psiquiátrica e depois um ano de clínica no interior do hospital de alienados. As aulas duraram só um ano devido ao desinteresse dos alunos de medicina, voltando o médico a ministrar a matéria de Patologia Interna⁴⁰⁴. A referida cátedra vai ser retomada apenas em 1881, pelo primeiro alienista chileno, Carlos Sazié (1852-1921), médico residente da Casa de Orates entre 1879 e 1884⁴⁰⁵. Sazié integra a primeira geração de médicos que, a partir de 1874, foram estudar na Europa, fundamentalmente na França e na Alemanha⁴⁰⁶, sendo nomeado professor de Patologia Interna na Faculdade de Medicina com a obrigação de ministrar a cátedra de Enfermidades Mentais e Nervosas, que começou a ser obrigatória a partir de 1882⁴⁰⁷.

A filiação de Sazié ao presidente José Manuel Balmaceda o obriga, depois da Revolução de 1891, a deixar a cátedra na Faculdade de Medicina, sendo substituído por Augusto Orrego Luco (1848-1933) até 1905⁴⁰⁸, quando é sucedido por seu aluno, o psiquiatra Joaquín Luco Arriagada (1870-1945), que separa o ensino da psiquiatria da neurologia, marcando o início dessa disciplina como cátedra autônoma: a primeira ficou

401 João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921) assume em 1883 como professor da cátedra de Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas. Entre 1887 e 1897 diretor do Hospício Pedro II.

402 Márcio Neri (1865-1911), médico amazonense do Hospício Nacional e professor de psiquiatria da FMRJ. Ocupou interinamente tanto a direção do Hospício (1898-1899). Ver FACCHINETTI *et All.* P. 260.

403 TEIXEIRA (1997), Op. Cit. P. 75.

404 COSTA- CASSARETO, Claudio. Ideário psiquiátrico del médico de la casa de locos de Santiago en 1862. *Revista Médica de Chile.* Año 108. Nº 6, junio 1980. P. 561.

405 Filho de Lorenzo Sazié, Carlos fez um doutorado na França aprendendo com alienistas como Valentin Magnan, Jean Marie Charcot e o frenólogo Félix Voisin. Sua tese intitulada *Troubles intellectuels dans l'aphasie*, foi patrocinada pelo decano da Faculdade de Medicina de Paris, o anatomopatologista e neurologista Alfred Vulpian em 1879. Em setembro de 1881. Ver CAMUS, Op. cit. P. 124.

406 A instancias do reitor José Joaquín Aguirre (1822-1901), primeiro presidente da Sociedade Médica de Santiago e decano da Faculdade de Medicina (1867-1877 e 1884-1889), o governo à partir de 1874 deu bolsas a estudantes de medicina para estudar na Europa. Na década de 1910 os horizontes de formação dos alienistas se amplificam também para os Estados Unidos, interesse promovido depois da fundação da Organização Pan-americana da Saúde (OPS) em dezembro de 1902. Ver COSTA-CASARETTO, Claudio: ¿Quiénes crearon la Sociedad Médica de Santiago y la Revista Médica de Chile?. *Revista Médica de Chile.* Año 100. Nº 7, julio 1972. P. 778.

407 CAMUS, Op. Cit. P.124.

408 Ibid. P. 125.

a cargo de Oscar Fontecilla (1882-1937) e a segunda com Hugo Lea Plaza (1891-1963), os quais se converteram em titulares nas cátedras a partir de 1925⁴⁰⁹. Luco Arriagada também reinstala o ensino no hospital, que não era praticado desde a época de Carlos Sazié, em 1884, onde é ministrada agora a chamada Clínica Psiquiátrica⁴¹⁰.

Um terceiro ponto para a institucionalização da psiquiatria é integrado pelas revistas médicas, espaços de circulação de doutrinas sobre as doenças mentais, de discussão entre os alienistas e psiquiatras, e de publicação de pesquisas feitas por eles. As revistas científicas podem ser vistas como tecnologias de circulação de ideias, doutrinas e paradigmas cognitivos que visavam a consolidação da ciência, neste caso psiquiátrica, e do lugar profissional dos mesmos psiquiatras envolvidos nos processos de suas edições. Nelas se pode rastrear a circulação das ideias sobre a alienação mental entre os médicos chilenos e as mudanças nas categorias diagnósticas. As publicações estão atreladas ao surgimento de sociedades científicas e de redes de profissionais voltadas à propagação de suas doutrinas.

“Além de assessorar os governos em várias matérias, e propaganda do ideário científico, as sociedades se converteram num espaço de institucionalização da ciência, estimulando debates científicos e divulgando o conhecimento através de publicações. Muitas vezes funcionavam como um grupo de pressão não apenas em relação à 'comunidade' científica, mas também ao poder político local”⁴¹¹.

No Brasil, o primeiro periódico médico foi o *Propagador das Ciências Médicas* ou *Anais de Medicina, Cirurgia e Farmácia*, fundado pelo médico francês José Francisco Xavier Sigaud, entre 1827 e 1828. Na revista, foram publicados estudos de divulgação do saber alienista como os artigos *Sobre as alucinações dos sentidos*, *Nova doutrina das moléstias mentais* de Bayle; ou *Sobre a epilepsia* de Victor Broussais. Em 1831, é publicada a revista *Semanário da Saúde Pública*, editada pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Rio de Janeiro⁴¹². Também no século XIX são criadas a *Gazeta Médica da Bahia* (1866), vinculada à chamada Escola Tropicalista Baiana; e *Brazil Médico* (1887) fundada no Rio de Janeiro pelo médico Antônio Azevedo Sodré⁴¹³.

409 ROA Armando. Consideraciones sobre la evolución de la psiquiatría chilena. Em *Revista Médica de Chile*, 1972. Ano 100. P. 1262-1272; MURILLO, Op. cit.; ESCOBAR, Enrique. Aportes al nacimiento de la psiquiatría chilena de adultos bajo la influencia de la psiquiatría internacional. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, Vol. 20, 2010.

410 ESCOBAR, Enrique. Joaquín Luco Arriagada (1870 - 1945). *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. Vol.40, n. 2, 2002. P 80.

411 FERREIRA, et All. Op. cit. P. 477.

412 TEIXEIRA, 1997. Op. Cit. P. 49.

413 FERREIRA, et All. Op. cit. P. 483.

Os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, publicado a partir de 1905, é o primeiro periódico brasileiro especializado na psiquiatria e principal veículo de divulgação da Sociedade criada dois anos depois com o mesmo nome. Em 1908, muda o nome para *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal* e, em 1919, começa a ser publicado como *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*. Seus principais impulsionadores são os psiquiatras Juliano Moreira, diretor do HNA e da Assistência a Alienados do Distrito Federal, e o médico do hospício Afrânio Peixoto⁴¹⁴. Os *Arquivos* e a Sociedade tiveram atuação importante no processo de institucionalização da psiquiatria no Rio de Janeiro entre 1907 e 1933, décadas em que a psiquiatria se constituía como uma área da medicina especializada no estudo e tratamento das ‘doenças mentais e moléstias nervosas’⁴¹⁵.

No Chile, as publicações se concentraram em Santiago. A primeira publicação foi intitulada *Revista Médica*, editada, em 1856, pelo médico Benito García Fernández e que chegou a lançar dois números. Foi seguido pela revista *El Médico Práctico*, editado pelo decano da Faculdade de Medicina, Vicente A. Padin (1815-1868) e o médico Pablo Zorrilla (1833-1883), que lançou 14 números entre 1867 e 1868⁴¹⁶. Como órgão oficial da Sociedade Médica de Santiago⁴¹⁷, criada em 1869, é criada a *Revista Médica do Chile* (RMCh), que começa a ser publicada em 1872, constituindo a principal tribuna de discussão das ideias médicas e o palco onde os psiquiatras tiveram importante participação na direção da revista, edição e publicação de seus conteúdos. No primeiro número, em 1872, é publicado um artigo sobre as neuroses, coreia e outras desordens mentais⁴¹⁸, escritas por reconhecidos psiquiatras da época, como Augusto Orrego Luco e Manuel Francisco Beca, principais editores da publicação.

414 Júlio Afranio Peixoto (1876-1947) diplomou-se pela FMB. Sua tese publicada em 1897 intitulada *Epilepsia e crime*, despertou grande interesse nos meios científicos. Primeiro se desempenhou como professor substituto de medicina legal da Faculdade de Direito do mesmo estado e em 1902 foi chamado por Juliano Moreira para Rio de Janeiro, onde se desempenhou como inspetor de Saúde Pública (1902) e diretor do HNA em 1904, onde chegou como médico em 1901. Em 1905 percorreu asilos em Berlim, Viena e Paris. Foi aprovado no concurso para professor de medicina pública da FMRJ em 1906, também foi diretor do Serviço Médico-Legal entre 1907-1910. Seu ensaio sobre a psicose maníaco-depressiva publicado em 1905, *A loucura maníaco-depressiva*, transformou-se numa referência fundamental no Brasil. Em 1917 publicou o livro *Higiene*. Ao igual que outros médicos foi deputado federal entre 1924 e 1930. Ver NUNES, Op cit. P. 387; BIRMAN, *et All*. P. 354.

415 CERQUEIRA, Ede Conceição. *A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal: Debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)*. Dissertação de mestrado em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014. P. 9.

416 COSTA-CASSARETO, Claudio. 120 años de la Revista Médica de Chile. En *Notas Históricas, Revista Médica de Chile*. Año 120. Nº 7, julio 1992. P. 828.

417 Em 1863 já existia a Sociedade de Farmácia de Santiago e já em 1866 foi promulgado um decreto que estabelecia a exclusividade do exercício da terapêutica para os farmacêuticos.

418 *Revista Médica de Chile*. Vol. 1, Ano I. 1872. P 447.

A participação preponderante dos psiquiatras na RMCh retarda o nascimento de uma publicação voltada especificamente para a ciência da mente e para a constituição de uma sociedade especializada, para além da Sociedade Médica de Chile. Foi em 1917, por iniciativa de Hugo Lea Plaza, que se deu o lançamento da *Revista de Psiquiatria, Neurología y Medicina Legal*, para a qual confluem os artigos dos médicos da Casa de Orates, da Clínica de Enfermedades Mentales y Nerviosas e da cátedra de Medicina Legal. A revista com uma periodicidade bimensal vai ter uma efêmera vida de dois anos⁴¹⁹. O empreendimento foi retomado por Oscar Fontecilla, que estimula a fundação da Sociedade Chilena de Neurología, Psiquiatria e Medicina Legal em 1930, e que desde 1935 iniciou a publicação da *Revista de Psiquiatria y Disciplinas Conexas*⁴²⁰.

A gestão religiosa filantrópica da loucura foi atacada pelos médicos ao longo de todo o século XIX: No caso do Chile, sob o controle de uma Junta de Beneficência, e, no Brasil, sob o controle das freiras da Santa Casa. Uma reclamação constante dos médicos era que o espaço asilar não favorecia a pesquisa psiquiátrica. O Brasil antecedeu em décadas a chegada dos médicos à direção dos hospícios, em 1890, enquanto que no Chile isto se deu apenas entre 1929 e em 1931, com a saída das freiras da Casa de Orates.

No Brasil, em 1881, o diretor do asilo, Nuno de Andrade, propõe a separação do Hospício da Santa Casa, argumentando que a autoridade do médico era tolhida pelas irmãs da caridade. Andrade propõe ao provedor e conselheiro Visconde de Jaguaray a separação do hospício da Santa Casa de Misericórdia, fazendo inúmeras denúncias contra as religiosas e entrando em confronto aberto com a administração da Santa Casa, o que provoca sua demissão da direção do hospício. Também propõe repassar a direção da instituição ao Estado⁴²¹.

Guillermo T. Benham (1846-1879), primeiro alienista contratado pelo governo do Chile na Inglaterra, desempenha o papel de médico chefe e residente no asilo a partir de 1875, quando também entrou em confronto com a junta administrativa da Casa de Orates⁴²². O alienista denuncia por meio de um relatório feito em novembro de 1875 e

419 ESCOBAR, Enrique. Jerónimo Letelier Grez (1873 - 1934): Primer médico director de la Casa de Orates. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*. Reseña Histórica, 2005; 43 (3). P. 240.

420 MURILLO, Op. cit. P. 136.

421 TEIXEIRA, Op. Cit. P. 65.

422 GUILLERMO T. Benham era doutor em medicina, mestre em cirurgia, integrante do Colégio Real de Cirurgiões em Londres, médico ajudante no Asilo de Bristol, segundo médico do asilo de insanos do West Riding em Wakerfield (Yorkshire). Também dizia que era membro da Associação Britânica de Medicina e da Sociedade Microscópica de Bristol y da Sociedade Antropológica de Londres. Autor de *Causes of insanity. Action of nicotine, effects of cold applications*. Em 1876 publica un artículo sobre este tema en la Revista Médica de Chile. Ver COSTA-CASARETTO,

dirigido ao Ministro do Interior, Eulogio Altamirano, as precárias condições da Casa de Orates e reclama a direção médica do hospício segundo o modelo europeu⁴²³. Em 1889, Carlos Sazié também confronta a Junta administrativa da Casa de Orates e pede maior orçamento e mais espaços de competência médica, como uma clínica no asilo. A resposta dos administradores foi deixar entrar freiras para o cuidado dos doentes⁴²⁴. Assim como Nuno de Andrade no Brasil, Benham e Sazié acabam sendo demitidos.

No Rio de Janeiro, em 1890, o recente governo republicano desanexa o Hospício Pedro II da Santa Casa da Misericórdia. No mesmo ano se cria a Assistência Médico Legal a Alienados, englobando o hospício e as colônias de Mesquita e São Bento⁴²⁵. Nesse mesmo ano, um “serviço de enfermeiros completamente leigo” fica a cargo da seção dos homens, excluindo as irmãs da caridade⁴²⁶.

A transição para o controle médico do hospício no Chile ocorreu em um processo lentamente negociável. O poder dos médicos se desenvolveu primeiro no tratamento e depois na organização da instituição. Jerónimo Letelier Grez (1873-1934), diretor da Cátedra de Medicina Legal, chefe da Clínica psiquiátrica e o primeiro psiquiatra a assumir a direção da Casa de Orates em 1932, teve um importante papel nesse processo. Letelier Grez e seu companheiro Mardoqueo Reyes foram os primeiros médicos internos na Casa de Orates, em 1895⁴²⁷. A promoção de Letelier ao cargo de diretor foi gradativa, passando-o por diferentes cargos na instituição⁴²⁸. As medidas de Letelier Grez intentavam converter a instituição beneficente em um hospital médico. Na década de 1920, dividiu o hospício em três seções: hospital psiquiátrico, para ingresso voluntário e observação; o Manicômio, onde eram internados os alienados definidos como perigosos e antissociais; e o Asilo da Temperança, para alcoólatras. Também no mesmo período, ingressaram as assistentes sociais e foi fundada a Escola de Enfermeiros Alienistas, em 1925, o que preparou o pessoal técnico para preencher o vazio produzido depois, em 1929, quando as irmãs da caridade se retiram da gestão do

Claudio: Condiciones de la asistencia psiquiátrica en Chile durante el último cuarto del siglo XIX. *Revista Médica de Chile*. Ano 108. Nº 7, julho 1980. P. 657.

423 CAMUS, Op. Cit. P. 112; COSTA-CASSARETO, Op. Cit. P. 660.

424 CAMUS, Op. Cit. P. 125.

425 TEIXEIRA, 1997. Op. Cit. P. 73.

426 Moreira comenta que graças às providências de Teixeira Brandão, foram contratadas em Paris enfermeiras de vários asilos franceses para o serviço de mulheres do manicômio do Rio de Janeiro. Ver MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 52-98, 1903. P. 739.

427 ESCOBAR, 2005. Op. Cit. P. 239.

428 Entrou como médico em 1898, ocupando sucessivamente os cargos de Chefe Médico em 1910, administrador em 1923, chefe da Seção Manicomio e subdiretor técnico em 1925, diretor interino em 1931 e diretor titular em 1932. Ver ESCOBAR, 2005. *Op. cit.* P. 240.

hospício. Em 1931, fazem o mesmo os irmãos de San Juan de Dios, que haviam ingressado na área masculina em 1922⁴²⁹.

Uma característica que acompanha os primeiros anos da psiquiatria no Brasil e no Chile é a superlotação das instituições assistenciais. O Hospício Pedro II, estava apto a receber 150 pacientes em sua inauguração, mas em 1854 tinha o dobro de alienados internos (150 homens e 150 mulheres). Na década de 1870, obras de ampliação do edifício aumentaram a capacidade de pacientes homens para cerca de 240 alienados.⁴³⁰ No Chile, o relatório de Benham de 1875 destaca, entre outras coisas, a superlotação de um espaço para 212 que alberga 420 doentes mentais^{431 432}.

No Brasil, após a proclamação da República, o Hospício Pedro II passou a denominar-se Hospício Nacional de Alienados (HNA) e, em 1911, recebeu o nome de Hospital Nacional de Alienados. Em 1927, foi renomeado como Hospital Nacional de Psicopatas⁴³³. A gestão da loucura no HN do Rio de Janeiro era segmentada por camadas sociais, destinando o hospício da Praia Vermelha para pensionistas e pacientes gratuitos, enquanto que as colônias agrícolas eram para indicadas para pacientes mais pobres e crônicos⁴³⁴. Para o governo das populações anormais, Moreira diferenciou modalidades de assistência de acordo com as diversas formas de doenças do cérebro, projetando hospitais colônias especiais para epiléticos, alcoólatras e outros deficientes⁴³⁵. Já em 1902, Moreira tinha pedido ao governo que fundasse uma colônia especial para epiléticos indigentes⁴³⁶. Ao longo do século XIX, foram sendo inaugurados hospícios para alienados em diferentes estados do Brasil: São Paulo (1852)⁴³⁷, Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884), Ceará (1886) e Alagoas (1888)⁴³⁸.

429 MURILLO, Op. Cit. P. 135.

430 GONÇALVES, Monique; EDLER Coelho, Flavio. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, junho 2009. P. 395.

431 CAMUS, Op. Cit. P. 112.

432 COSTA-CASSARETO. Op. Cit. P. 660.

433 FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila; EVANGELISTA, Danielle Ferreira. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010. P.532.

434 TEIXEIRA, 1997. Op. Cit. P. 73.

435 PORTOCARRERO, Op. cit. P. 113.

436 MOREIRA, 1903. Op. cit. P. 742.

437 São Paulo teve um importante papel na consolidação da psiquiatria por intermédio das ações do psiquiatra Francisco Franco da Rocha (1864-1933). Ele graduou-se na FMRJ e se especializou como alienista no HNA. Em 1898 foi fundador do Asilo de Alienados do Juqueri, que em 1928 passou a se denominar Hospital e Colônia de Juqueri e, mais tarde, Hospital Psiquiátrico do Juqueri. Ver NUNES, Op. cit. P. 387.

438 GONÇALVES *et All.* Op. cit. P. 395.

No Chile, apenas no início do século XX foram abertos hospícios destinados à cura de doentes mentais em regiões fora de Santiago, como em Concepción, o Hospício Andrés Bello (1903), e em Iquique, o Departamento de Insanos San Andrés do Hospital da cidade nortenha⁴³⁹. Uma lei de Alcoois de 1925 decretou que o Asilo de Temperança do hospício seria destinado exclusivamente aos alcoólatras, até aquela data a principal causa de internamento na Casa de Orates. Segundo a Memória da Casa de Orates de 1923, a principal causa de internação era o alcoolismo, categoria diagnóstica expressa nas classificações psiquiátricas como ‘psicoses tóxica’. Apenas em 1943 é construído, em El Peral, o Instituto de Reeducción Mental, destinado à reclusão de alcoólatras e toxicômanos.

Em 1928, a Casa de Orates é renomeada como Manicômio Nacional. Em 1939, o psiquiatra Arturo Vivado descreve em um informe o hospício como um local que “alberga una abigarrada mezcla de ancianos, epilépticos, dementes, deteriorados neurológicos, oligofrénicos inferiores, abandonados y protegidos”⁴⁴⁰.

439 SEPÚLVEDA, Rafael: Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiátrica en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIX, 3-4, 1998. P. 17.

440 VIVADO *et All.* Op. cit. P. 170.

QUADRO 3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MEDICINA E PSIQUIATRIA NO BRASIL E NO CHILE

ANO	EVENTO	ANTECEDENTES E PERSONAGENS ENVOLVIDOS
1813	Escola de Medicina de Rio de Janeiro	
1815	Escola de Medicina da Bahia	
1827-1828	Revista <i>Propagador das Ciências Médicas ou Anais de Medicina, Cirurgia e Farmácia</i>	Fundado pelo médico francês José Francisco Xavier Sigaud
1829	Fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro	
1831	Revista <i>Semanário da Saúde Pública</i>	Editado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Rio de Janeiro
1832	Faculdades de Medicina de Rio de Janeiro e Bahia	
1833	Escola médica no Instituto Nacional de Santiago	Primeira escola médica de Chile
1842	Fundação da Universidade de Chile	Vai abrigar a Escola de Medicina
1851	Junta Central de Higiene Pública, Rio de Janeiro	
1855	Primeiro Código Civil do Chile	
1852	Fundação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro	Criado pelo decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. Foi instalado na Praia Vermelha em terras da Santa Casa da Misericórdia. Em 1911 vai mudar o nome a Hospital Nacional de Alienados e em 1927 a Hospital Nacional de Psicopatas
1852	Fundação Casa de Orates de Santiago	Em 1858 vai ser trasladado para o bairro de Recoleta. Em 1928 vai mudar o nome a Manicomio Nacional

ANO	EVENTO	ANTECEDENTES E PERSONAGENS ENVOLVIDOS
1856	Lei saúde mental no Chile	Primera lei que reconhece a competência dos médicos em casos judiciários
1856	<i>Revista Médica</i>	Editada em Santiago pelo médico Benito García Fernández
1866	<i>Gazeta Médica da Bahia</i>	
1867-1868	<i>El Médico Práctico</i>	Editado pelo decano da Faculdade de Medicina, Vicente A. Padin (1815-1868) e o médico Pablo Zorrilla (1833-1883)
1869	Fundação da Sociedade Médica de Santiago	Principal órgão de representação dos médicos chilenos
1869	Curso de doenças mentais na Faculdade de Medicina de Santiago	Ministrada por Ramón Elguero
1872	<i>Revista Médica de Chile</i>	Inicia-se a edição da revista editada pela Sociedade Médica de Santiago
1872	Reforma urbana de Santiago	Promovida pelo intendente Benjamín Vicuña Mackenna
1875	Reforma da Beneficência Pública	Entrada de médicos no gerenciamento das políticas sanitárias
1881	Início de Cadeira de doenças mentais e nervosas na Faculdade de Medicina de RJ	Ministrada por Nuno de Andrade
1881	Cátedra de Enfermedades mentales y nerviosas na FMUCh	Ministrada por Carlos Sazié
1887	Ley de Policia Sanitaria	
1887	Periódico <i>Brazil Médico</i>	Fundada no Rio de Janeiro pelo médico Antônio Azevedo Sodré
1888	Lei de Vacinação obrigatória	
1889	Consejo Superior de Higiene, Chile	Vai substituir o Protomedicato, fundado em 1566
1890	Médicos dirigem o HNA no Rio de Janeiro	

ANO	EVENTO	ANTECEDENTES E PERSONAGENS ENVOLVIDOS
1892	Regulamento dos Serviços Sanitários	Outorga maior espaço de competência médica nas políticas públicas sanitárias no Brasil
1892	Instituto de Higiene y Desinfección	
1896	Desinfectorio de Santiago Laboratório Chile	
1898	Inspetor Sanitário	
1899	Lei de declaração de doenças infecciosas	
1900	Fundação do Instituto Soroterápico Federal	Chefiado por o sanitarista Oswaldo Cruz (1872-1817), combate a febre amarela, a peste bubônica e a varíola, desenvolvendo campanhas sanitaristas no Rio de Janeiro
1902-1906	Reforma urbana de Rio de Janeiro	Promovida pelo prefeito Francisco Pereira Passos, sob o governo de Rodrigues Alves
1902	Asilo de Temperancia	Fundado junto à Casa de Orates e destinado a internação dos alcoólatras
1905	<i>Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins</i>	Editado pelos psiquiatras Juliano Moreira e Afrânio Peixoto * Em 1908 muda o nome a <i>Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal</i> ; e em 1919 a <i>Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria</i>
1907	Fundação da Sociedade Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal	
1907	Assistência Pública de Santiago	
1917	Consejo Superior de Beneficiencia	Encarregado dos hospitais públicos, entre eles o Manicômio de Santiago
1917	<i>Revista de Psiquiatria, Neurología y Medicina Legal</i>	Conduzida pelo psiquiatra Hugo Lea Plaza Editou dois números

ANO	EVENTO	ANTECEDENTES E PERSONAGENS ENVOLVIDOS
1918	Primeiro Código Sanitário (Lei N° 3.385)	
1920	Dirección General de Sanidad	
1924	Ministerio de Trabajo, Salud y Previsión Social	
1929-1931	Médicos dirigen o Manicômio de Santiago	
1930	Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatria y Medicina Legal	
1930	Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública	Primeiro Ministério com ações na área da saúde foi criado durante o governo de Getúlio Vargas. Em 1937, passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde
1935	<i>Revista de Psiquiatria y Disciplinas Conexas</i>	Conduzida pelo psiquiatra Oscar Fontecilla
1943	Instituto de Reeducción Mental	Fundado em um hospital de tuberculosos no limite urbano de Santiago e destinado à internação compulsória de alcoólatras e toxicômanos

* A áreas sombreadas neste quadro e nos seguintes correspondem a fatos e fontes do Brasil, enquanto que a área sem cor corresponde a fatos e fontes do Chile.

2.3. Os espaços laboratoriais e a influência da fisiologia de Claude Bernard

O desenvolvimento dos espaços laboratoriais no Brasil na segunda metade do século XIX foi inspirado no modelo experimental fisiológico de Claude Bernard, enquanto que no Chile, a influência do cientista francês foi pouco estudada. Vimieiro observa que a fisiologia foi considerada uma disciplina decisiva no processo de laboratorização da medicina ao longo do século XIX, configurando-se como um novo modelo de cientificidade, “onde os padrões de produção de conhecimento passaram a ser, predominantemente, baseados nos métodos semelhantes às ciências físico-químicas e voltados para o ‘determinismo’ dos fenômenos”. O espaço da disciplina vai ser o laboratório⁴⁴¹.

QUADRO 4
FORMAÇÃO DE LABORATÓRIOS NO BRASIL E NO CHILE

ANO	EVENTO	ANTECEDENTES
1848	Laboratório Químico-Prático do Rio de Janeiro	
1870	Laboratório de Physiologia Experimental	Museu Nacional do Rio de Janeiro
1872	Hospital San Vicente de Paul	Docência clínico médica e centro de pesquisas biomédicas
1887-1889	Gabinete médicos no Hospício Pedro II	Gabinetes de eletroterapia, de anatomia patológica e outro para análises histoquímicas
1892	Autonomia do laboratório e ao Museu anatomopatológico do Hospício Pedro II (decreto Nº 896)	Chefiado por Mário Nunes Galvão
1893	Pavilhão de Observação do HNA	
1900	Laboratório de Anatomopatologia na Casa de Orates	
1919	Instituto de Psicopatologia	Hospício Nacional de Alienados sob a direção de Juliano Moreira

441 VIMIEIRO, Ana Carolina. *Uma Ciência Moderna e Imperial: a fisiologia brasileira no final do século XIX (1880-1889)*. Tese Programa de Pós-Graduação em História, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. P. 4.

No caso do Brasil, uma instituição pioneira nessa disciplina foi o Laboratório de Fisiologia Experimental do Museu Nacional a partir da década de 1870, destacando-se as pesquisas do médico João Baptista Lacerda⁴⁴². O Museu Nacional, fundado em 1818 por João VI, foi a primeira instituição brasileira dedicada às ciências. Em 1876, sob a direção do botânico Ladislau Netto, foi feita uma reforma realçando o local como destinado a pesquisas das ciências físicas e naturais, e sobretudo, suas aplicações na agricultura e na indústria⁴⁴³.

Vimieiro comenta que a fisiologia experimental foi disciplina essencial para a consolidação do novo ideal de ciência e de civilização que era forjado no Brasil, que estava inserido no processo de modernização do país, propulsado pela indústria cafeeira e pelos cientistas comprometidos que privilegiavam conteúdos e temas científicos nacionais. Além do ideal de cientificidade, Vimieiro destaca que “uma das características do estilo de pensamento da fisiologia do século XIX era o fato dela ser uma ciência experimental e prática, e, dessa maneira, poder ser considerada como potencialmente útil para o progresso da nação”⁴⁴⁴.

Um alvo de pesquisa de Lacerda era a ação fisiológica do veneno utilizado pelos indígenas, o curare⁴⁴⁵, tema de destaque na fisiologia experimental no século XIX. A fonte de inspiração eram as pesquisas em fisiologia do francês Claude Bernard, iniciadas precisamente com a determinação da ação fisiológica do veneno amazônico⁴⁴⁶. Vimieiro destaca que, no Laboratório de Fisiologia Experimental, os venenos e as plantas tóxicas, como as do gênero *Strychnos* (estricninas), eram objetos constantes de pesquisa. Além disso, pesquisava-se o café, mate e álcool da cana e suas ações fisiológicas no cérebro, utilizando animais. Lacerda, em 1876, apresentou resultados de experiências que confirmavam as conclusões de Claude Bernard sobre a ação paralisante do curare⁴⁴⁷.

442 João Baptista Lacerda (1846-1915), formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1870, apresentando a tese *Das indicações e contra-indicações da digitalis no tratamento das moléstias dos aparelhos circulatório e respiratório*. Depois de concorrer sem sucesso para ministrar uma cátedra na FMRJ, ingressou no Museu Nacional depois da Reforma de 1876, como subdiretor da Seção de Antropologia, Zoologia e Etnografia. Ver VIMIEIRO, Op. cit. P. 79.

443 DANTES, Maria Amélia Mascarenhas. Institutos de pesquisa científica no Brasil. Em *História das Ciências no Brasil*, v. 2. São Paulo, Edusp, EPU, CNPq, 1980. P. 346.

444 VIMIEIRO Op. cit. P. 74.

445 LACERDA, João Baptista. Ação physiologica do curari. *Archivos do Museu Nacional*, vol. 1, P. p. 37-43; 1876.

446 BERNARD, Claude. *Études Physiologiques sur quelques poison americains: le curare* (1864). O cientista francês estava interessado nos venenos para a análise dos fenômenos da vida. Compreendendo os fenômenos da morte por envenenamento instruiu-se, por via indireta, sobre os mecanismos da vida. Ver VIMIEIRO, Op. cit. P. 81.

447 LACERDA, Op. Cit. P. 37-43, 81.

Para o funcionamento do laboratório, foram trazidos materiais de laboratório da Europa, fundamentalmente equipamentos de registro de variáveis fisiológicas, histológicas e aparelhos para análises químicas. Os instrumentos tornaram possíveis as práticas laboratoriais, que na época estavam sendo padronizadas segundo rigorosos procedimentos de experimentação, fundamentados nas ciências físico-químicas. A tarefa foi encomendada ao cientista francês Louis Couty e a Lacerda, que desenvolveram pesquisas pioneiras em fisiologia, farmacologia e ofidismo. Em 1895, quando Lacerda assume a diretoria do Museu Nacional, o laboratório de fisiologia foi reformado para se tornar um laboratório bacteriológico, onde foram realizadas pesquisas em patologia humana e animal⁴⁴⁸.

A década de 1870 também é época de reformas na Faculdade de Medicina de Rio de Janeiro e da Bahia. Já em 1854, realizou-se uma reforma que incorporou o ensino ao modelo da anatomia patológica, junto à incorporação das cátedras de química orgânica e farmácia. A Reforma Sabóia (1884) correspondeu a um arranjo segundo o modelo germânico, centrado no desenvolvimento de disciplinas de laboratório, no ensino prático e na aparição de novas especialidades clínicas. Entre as remodelações propostas, figuraram a criação de laboratórios, como os de fisiologia e terapêutica experimental. Edler comenta que a reificação do método experimental foi determinante para a retórica de afirmação profissional das elites médicas⁴⁴⁹.

No Chile, há pouca informação historiográfica a respeito do desenvolvimento da fisiologia experimental no século XIX. Podemos inferir que o desenvolvimento dos modelos de pesquisa de Bernard se misturou com a microbiologia e a patologia celular. Em 1872, é inaugurado o Hospital San Vicente de Paul, espaço dedicado à docência clínico-médica e que se torna o principal centro de pesquisas biomédicas⁴⁵⁰. O psiquiatra Orrego Luco aproveita aquele local para desenvolver estudos anatomoclínicos, guiado por seu interesse pela neurologia, e para a formação de estudantes na Clínica de doenças mentais e nervosas⁴⁵¹. Paralelamente, somam-se outras iniciativas inseridas no campo do ensino médico. Vicente Izquierdo Sanfuentes (1850-1926), nomeado professor da cadeira de Histologia em 1882, criou um laboratório para a disciplina na Seção Universitária do Instituto Nacional, debruçando-se em estudos de bacteriologia

448 DANTES, Op. cit. P. 347.

449 EDLER, Flavio Coelho. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 1996, vol.3, n.2, pp. 284-299..

450 MEDINA *et All*, Op. cit. P. 79.

451 CAMUS, Op. Cit. P. 126.

experimental. Outro espaço de produção de fatos científicos foi o Laboratório de Anatomia Patológica, localizado na Seção Universitária do Hospital San Juan de Dios, e fundado pelo titular da cadeira de Anatomia Patológica, o médico Francisco Puelma Tupper (1850-1933). Outro espaço de desenvolvimento de pesquisas foi o Pavilhão de Microscopia Bacteriológica do Instituto de Higiene, fundado, em 1892, pelo médico Aureliano Oyarzún Navarro⁴⁵².

No século XX, um importante propulsor da fisiologia experimental foi o cientista de origem letã, Alejandro Lipschutz (1883-1980). Primeiro, na cidade de Concepción, ele desenvolveu a cadeira de Fisiologia no começo do século e, depois, fundou o Instituto de Medicina Experimental do Serviço Nacional de Saúde, em 1937. Lipschutz dedicou-se ao estudo das gônadas. Em 1919, publicou *Las secreciones internas de las glándulas sexuales*⁴⁵³.

No caso da psiquiatria, a constituição de gabinetes de anatomopatologia, primeiro, e o laboratório, depois, são demandas almejadas pelos alienistas e psiquiatras ao longo do século XIX. Por intermédio do laboratório e dos gabinetes para a análise dos corpos, a psiquiatria entrava na era da medicina experimental. No Chile, o relatório de Benham, de 1875, salienta a falta de uma área para a prática da anatomia patológica que “permitise o exame científico dos mortos”, modo pelo qual foi, segundo o psiquiatra inglês, tinha “obtido quase todos os conhecimentos que agora possuímos sobre os vários estados das doenças do cérebro”⁴⁵⁴. No Brasil, Juliano Moreira reclama, em 1902, da ausência de laboratórios nas clínicas de doenças mentais, particularmente na Bahia⁴⁵⁵. Em 1926, no Chile, o psiquiatra Oscar Fontecilla reclamou da ausência de um laboratório na Casa de Orates⁴⁵⁶.

Os hospitais mentais na entrada do século XX, no Brasil e no Chile, conseguiam produzir fatos científicos. Os gabinetes de anatomia patológica inicialmente, de acordo com o modelo inaugurado por Vesalius, e depois os laboratórios, são os espaços físicos que tornam possível à psiquiatria se tornar medicina experimental, a exemplo das outras ciências médicas. Cerqueira observa no caso do Brasil que:

452 OSORIO, Carlos. Sobre el origen de la Bacteriología Experimental en Chile. *Revista Médica de Chile* Vol. 138, 2010.

453 LIPSCHUTZ, Op. cit. P. 46.

454 CAMUS, Op. cit. P. 660.

455 MOREIRA, Juliano. Da necessidade da fundação de laboratorios nos hospitaes. *Gazeta Médica da Bahia*, Vol. XXXIII, Abril, 1902. Nº 10. P. 440.

456 FONTECILLA, Oscar. *Lección inaugural del curso de enfermedades mentales*. Clínica psiquiátrica, Universidad de Chile, 1926. P. 46.

“No exercício do experimentalismo e da construção de verdades científicas, os médicos membros da SBNPML, além de teorizar sobre as possíveis causas orgânicas que ocasionavam patologias mentais e nervosas, também buscavam explorar, investigar, experimentar em busca de uma prova física que explicasse o comprometimento psíquico e moral do indivíduo. Neste contexto, o laboratório enquanto espaço de experimentação e produção de conhecimento ganhou relevância dentro do hospício, que deixava de figurar apenas como a “casa dos orates” para se estabelecer como um local onde se pretendia fazer uma ciência que estudasse as ‘doenças mentais e moléstias nervosas’, possibilitando a produção de um discurso ‘científico’ sobre estas doenças e os indivíduos adoecidos, assim como sobre as formas de tratamento, controle e ‘profilaxia’ de tais enfermidades”⁴⁵⁷.

Como já salientamos no primeiro capítulo, a anatomia patológica, ensaios fisiologistas e o teste de fármacos confluem nos hospícios. Os corpos dos doentes mentais se tornam um elemento importante para a prática psiquiátrica. Como locais de teste de tratamentos físicos ou de fármacos, como vinham sendo tratados no século anterior, tornam-se, no século XX, a matéria-prima para ensaios de novas terapias e novos fármacos, tornando-se também produtores de material biológico.

No Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, entre 1887 e 1889, foram estabelecidos os gabinetes de eletroterapia, de anatomia patológica e outro para análises histoquímicas⁴⁵⁸. Em 1892, o decreto Nº 896 concede autonomia ao laboratório e ao Museu anatomopatológico, instalados ao interior do asilo, sendo Mário Nunes Galvão nomeado como primeiro chefe do laboratório, que estudou histologia normal e mórbida em Viena e esteve no laboratório de histologia de Kölliker em Wüzburg⁴⁵⁹. Um ano depois, é fundado o Pavilhão de Observação do primeiro hospício brasileiro, que nas décadas seguintes vai se chamar Instituto de Psicopatologia⁴⁶⁰.

No Chile, é em 1900 que o laboratório de anatomopatologia é criado na Casa de Orates. Nas duas décadas seguintes, foram inaugurados o laboratório clínico e o dental⁴⁶¹. O laboratório de anatomopatologia permitiria, por fim, fazer as comprovações empíricas nos corpos mortos dos doentes e, sobretudo, a experimentação. Um relatório da própria Casa de Orates, de 1900, assim salienta:

457 CERQUEIRA, Op. cit. P. 132.

458 MOREIRA, 1903. Op. cit. P. 738.

459 Ibid. P. 740.

460 VENÂNCIO, 2003. Op.cit. P. 885.

461 ESCOBAR, 2005, Op. cit. P. 240.

“Un gabinete de anatomía patológica bien organizado, es no solo el crisol en que se prueban el alcance i seguridad del arte del diagnostico i el valor de las doctrinas medicas, sino también un centro de nuevas investigaciones que puede contribuir al progreso i ensanche de los conocimientos médicos. [...] el servicio de autopsias le permitirá, en fin, ver el mismo las lesiones diagnosticadas o nó, en la vida, i puestas al descubierto por la mano diestra i experimentada del anátomo-patólogo, su auxiliar poderoso i su mejor amigo en la mui complicada esplicacion de los hechos patolojicos i en el cuadro a veces dudoso i confuso de la sintomatolojia de las distintas enfermedades”⁴⁶².

Outros espaços onde também foram desenvolvidas pesquisas em Santiago foram o Laboratório de Psicologia Experimental, fundado em 1908⁴⁶³; e o Instituto de Criminologia, fundado em 1919⁴⁶⁴.

No Brasil, o uso dos laboratórios e dos instrumentos laboratoriais são visibilizados na virada do século por um artigo de Juliano Moreira dedicado à necessidade de laboratórios em hospitais⁴⁶⁵. O artigo inicia citando a Koch e a tuberculose como modelo a seguir, para depois dizer que o diagnóstico feito nos hospitais “foi levado até seus mais íntimos pormenores sempre baseados na comparação dos fenômenos químicos com os resultados das necropsias”. O psiquiatra informa que as análises se interessavam pelos estudos químicos do sangue, das secreções e excreções, a química da urina patológica e dos estados patológicos do sangue. Entre os instrumentos que prestam serviço ao clínico, ele especifica o plexímetro, o estetoscópio, o termômetro, o microscópio e o esfigmógrafo⁴⁶⁶.

O argumento central de Moreira é que uma “nação civilizada precisa de institutos clínicos para o desenvolvimento da ciência médica”⁴⁶⁷. Segundo o psiquiatra, um hospital bem provido precisa de laboratórios de anatomia patológica, de bacteriologia e de química clínica⁴⁶⁸. Um artigo de Moreira publicado no ano seguinte acusa a necessidade de:

462 *Movimiento de la casa de Orates de Santiago en el primer semestre de 1900*. Imprenta Valparaíso, Santiago, 1900. P.136.

463 Um primeiro laboratório de Psicología Experimental foi criado na cidade de Copiapó, entre 1905 e 1907, pelo professor Rómulo J. Peña. O laboratório de 1908 em Santiago foi criado pelos discípulos de Wundt, Jorge Schneider e Guillermo Mann, contratados pelo governo chileno para trazer um laboratório similar ao de Wundt para a capital. Ver SALAS, G. *Períodos históricos de la psicología en Chile. Primeras aproximaciones*. Ponencia presentada en el II Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología, COLAEPSI, Asunción, Paraguay, 2009.

464 ROA, 1972, Op. cit. P. 1267.

465 MOREIRA, 1902, Op. cit.

466 Ibid. P. 440.

467 Ibid. P. 445.

468 Ibid. P. 447.

“prover o estabelecimento de laboratórios de propedêutica e semiótica mentais, incluindo psicofisiologia, de anatomia patológica e bioquímica, será armar os alienistas deste manicômio de recursos para melhor diagnosticarem e, portanto, conseguirem melhores resultados terapêuticos. Como complemento disto, vem a urgência de reformas radicais nos serviços de eletro e hidroterapia, acrescentando-lhes o de cinesioterapia”⁴⁶⁹.

Entre as reformas para o hospício pedidas pelo psiquiatra em 1903, muitas estão associadas ao desenvolvimento de espaços laboratoriais para a prática psiquiátrica: construção de uma sala de operações assépticas, instalação de uma sala de curativos, fundação de uma sala de eletroterapia, e de uma de mecanoterapia, construção de um pavilhão para oficinas, construção de um novo necrotério com sala de autópsias modelo, iluminação elétrica geral do estabelecimento⁴⁷⁰. Cerqueira comenta que, no laboratório de anatomopatologia do HNA, além dos exames clínicos, eram desenvolvidas pesquisas no intuito de identificar anomalias físicas que pudessem explicar as patologias mentais. Outras investigações feitas no laboratório de anatomopatologia do HNA buscavam identificar ‘estigmas de degenerescência’ nos pacientes⁴⁷¹. O Instituto de Psicopatologia é renomeado como Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (Ipub) e transferido para a Universidade do Brasil em 1938⁴⁷².

2.4. As doutrinas médico-psiquiátricas da época: continuidades e rupturas

A circulação das doutrinas médicas sobre as doenças mentais no Chile e no Brasil está condicionada, durante o século XIX, pela condição dos países periféricos em relação aos centros de produção de saber, localizados fundamentalmente na Europa. Nos dois países, uma primeira etapa de circulação de doutrinas sobre as doenças mentais correspondeu à assimilação, discussão e calibragem dessas doutrinas nos dois contextos nacionais: foi se desenvolvendo um olhar preocupado com o arranjo dos sintomas com as categorias diagnósticas e as classificações fornecidas pelos países da Europa central. Em um segundo momento, evidencia-se, fundamentalmente por meio do retorno de médicos que foram se aperfeiçoar na Europa, uma preocupação pela produção de saber

469 Ibid. P. 742.

470 MOREIRA, 1903. Op. cit. P. 748.

471 CERQUEIRA, Op. cit. P. 132.

472 VENÂNCIO, 2003. Op. cit. P. 885.

psiquiátrico, momento que coincidiu com a consolidação do estilo de pensamento organicista para a compreensão das doenças mentais.

Embora em ambos os países, já no fim do século XIX, o objetivo científico é se inserir no processo de produção de conhecimentos do ocidente, além da circulação das teses científicas em voga, o Brasil se distingue do Chile pela ânsia explícita de constituir um campo científico com fundamentos próprios. Chile, com poucas exceções, não era um país produtor de saber, mas um campo de circulação e aplicação das teorias desenvolvidas principalmente na Europa. O sanitarista Oswaldo Cruz explicita o alvo dos cientistas brasileiros num relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública de 1906, a respeito das pesquisas de uma doença, alegando que:

“Seria lamentável que a peste se tendo aninhado entre nós não se cuidasse de estudar senão pelo seu lado clínico, deixando-se a parte científica, a incessantemente investigada no estrangeiro, para o rol das flores de erudição, e o terreno fofo dos conhecimentos teóricos. O Instituto Manguinhos poupa-nos a vergonha de sermos súditos humildes e repetidores incondicionais da ciência europeia”⁴⁷³.

O nascimento da ciência psiquiátrica no Brasil e no Chile durante a segunda metade do século XIX estava determinada pelo alienismo francês expresso nas obras de Phillipe Pinel e J. E. Esquirol. No Brasil, circulou a versão em francês da obra de Pinel, marcando o conhecimento sobre a alienação durante o processo de institucionalização da psiquiatria⁴⁷⁴.

Em 1837, Antonio L. da Silva Peixoto defendeu a primeira tese sobre a alienação mental da FMRJ, intitulada *Considerações gerais sobre a alienação mental*, baseada em Pinel e Esquirol. Em relação ao nosso tema, a tese destaca o álcool como exemplo da influência hereditária ndas doenças mentais: “Poucas moléstias há em que a influência hereditária esteja mais provada do que a alienação mental (...) e o uso imoderado de álcool predispõe a loucura, enfraquecendo as faculdades intelectuais”⁴⁷⁵. Nessa época, João Carlos Teixeira Brandão tomava para si o papel de Pinel brasileiro⁴⁷⁶. As

473 CUKIERMAN, Henrique. *Yes, nós temos Pasteur: Manguinhos, Oswaldo Cruz e a história da ciência no Brasil*. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 2007.

474 ODA, et All., 2005, Op. cit. P. 958.

475 TEIXEIRA, 1997, Op Cit. P. 51.

476 O médico aperfeiçoa-se na França, Alemanha e Itália no campo do alienismo, apresentando em 1833 apresenta uma breve comunicação na Sociedade Médico-Psychologique de Paris: *Des établissements d'alienés au Brésil*, sendo Teixeira Brandão o primeiro médico associado estrangeiro nessa sociedade médica. As primeiras publicações de Teixeira Brandão foram voltadas para a cirurgia. Seu artigo de 1877 se intitula *Lesões orgânicas do coração*. Ver TEIXEIRA, 1997, Op Cit. P. 51.

referências teóricas iniciais vêm do tratamento moral de Pinel e Esquirol e, na segunda metade do século XIX, da teoria da degenerescência de Morel e Magnan⁴⁷⁷.

Uma visão precoce sobre os comportamentos anormais e a loucura no Chile, na primeira metade do século XIX, ancorava-se na ideia da nervosidade. Os nervos eram, por sua vez, relacionados com a geografia médica, anatomia, fisiologia e terapêutica, nas primeiras conceituações sobre a doença mental⁴⁷⁸. O médico Francisco Javier Tocornal Grez (1820-1885), em um livro sobre as causas das doenças que atingiam a população de Santiago, diz que a constituição das pessoas e o desenvolvimento de patologias eram modelados pela "natureza do solo, clima, localização e outras circunstâncias que possam favorecer a ação de agentes que agem sobre o nosso corpo"⁴⁷⁹.

Já na época, a herança começava a ser causa constituinte das doenças nos discursos médicos do Chile. O médico Juan Miquel Salar (1792-1866)⁴⁸⁰ a definiu como "certas disposições orgânicas, transmitidas através da geração"⁴⁸¹. Embora reconhecesse que as ideias sobre a natureza hereditária estavam "longe de resultados concretos", por meio da geração e da lactação se podia herdar doenças como o vício-venéreo, o estrófulo, sarna, epilepsia, melancolia e as afecções histéricas e hipocondríacas. Miquel descreve que os médicos preveniam essas doenças hereditárias recomendando associação matrimonial e mudanças do local, país ou clima. O médico diz que "em famílias onde a loucura ou mania é hereditária, é preciso eleger mulheres e homens que pelo temperamento tenham ideias e propensões opostas para esta doença, e que pertençam a outra família, que seja notável por sua tranquilidade moral e paixões calmas"^{482, 483}.

Na época, os *Anales de la Universidad de Chile* foram o palco para a apresentação de artigos sobre as doenças mentais, os quais já anunciam um viés localizacionista e fisicalista. Expoentes dessas ideias foram os médicos Manuel Antonio

477 TEIXEIRA, 1997, Op Cit. P. 43.

478 CORREA, Op. cit. P. 6; COSTA-CASARETTO, 1992, Op. cit. P. 828; LAVAL, Enrique. Sobre el "Informe médico-legal de la epidemia de viruela reinante en Valparaíso en 1865", del Doctor Manuel Antonio Carmona. *Revista Chilena de Infectología*. 2012, vol.29, N.2. pp. 229-233.

479 TOCORNAL, J. Higiene pública. Causas principales de las enfermedades de Santiago, *Anales de la Universidad de Chile*, Santiago, 1849, p. 35.

480 Formado na Real Escuela de Medicina de Cádiz, co-editou em 1830 a primeira revista médica do Chile, intitulada *El Criticón Médica*. Entre 1840 e 1855 publicou vários nos Anais da Universidade do Chile, como a primeira publicação sobre anestesia com clorofórmio. De 1853 até sua morte, foi professor de Patologia e Clínica Interna e Terapêutica na Faculdade de Medicina.

481 MIQUEL, Juan. Acerca de las enfermedades hereditarias en Chile i con especialidad en Santiago *Anales Universidad de Chile*, Santiago, 1854. P. 351.

482 Ibid.

483 CORREA, Op. Cit. P.16.

Carmona (1810-1886)⁴⁸⁴ e José Juan Bruner (1825-1899)⁴⁸⁵, este último publicando uma monografia em 1855, intitulada *El cerebro de los animales i del hombre reducido a sus tipos fundamentales como símbolos de su función psicológica*, na qual reproduz as ideias de Franz Joseph Gall sobre ideias naturalistas e monistas sobre a mente e a crença de que as faculdades mentais devem ser vistos como funções fisiológicas de um cérebro⁴⁸⁶. Em 1856, Bruner desenvolvia uma “divisão quádruplo do sistema frenopsicológico” em um texto publicado nos Anales da Universidade de Chile, intitulado *La Morfología del Cerebro y de sus Secciones, Reducidas a sus Tipos Fundamentales como Símbolos de Función*⁴⁸⁷.

A influência de Pinel e Esquirol no Chile é evidenciada num relatório feito por Elguero em 1862. A respeito da discussão sobre uma causalidade orgânica nas doenças mentais, o médico chileno discut a convivência de teorias sintomáticas com a entrada no universo cognitivo local das teorias que atribuíam as causas destas doenças a um distúrbio perceptível no corpo, inflexão diante a qual Elguero não se posiciona. Ao observar a classificação das diversas categorias patológicas da doença mental, diz:

"Por ser una cuestión de lo más controvertida algunos alienistas pretenden que sólo debe atenderse a los síntomas de la locura, mientras que otros estiman como de más valor la causa próxima o inmediata de la locura. Las razones en que se apoyan estos últimos son: que las alteraciones orgánicas observadas en los locos después de su muerte han sido la causa de los desórdenes intelectuales manifestados durante la vida: a esto oponen los contrarios: que las mismas lesiones cerebrales encontradas en los locos se encuentran también, y con mucha frecuencia, en

484 Manuel Antonio Carmona estava posicionado como uma figura importante no cenário nacional, integrava uma das primeiras gerações de médicos titulados após a independência (1810) e fundou e editou a Revista Médica de 1853. Ver CORREA, Op. cit. P. 12.

485 Bruner, de origem alemã chega a Chile em 1847 como parte de uma expedição científica, era sócio correspondente da Sociedade Médico-Cirúrgica de Berlin e na Universidade de Chile desenvolvia as disciplinas de histologia, embriologia e química. Ver MUÑOZ, Eduardo. *Endemoniadas, Locas y Criminales: Representaciones y Ordenamiento Social de las mujeres desde el paradigma psiquiátrico. Chile 1852-1928*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia, Santiago, 2012. P. 34.

486 CORREA, Op. cit. P. 26.

487 No artigo, identifica quatro órgãos associados a quatro faculdades intelectuais, da alma, específicas: O órgão protencefálico que define a carrego das sensações, como o dor; o mesencéfalo a carrego da imaginação; os hemisférios cerebrais encarregados da consciência de si mesmo e o cerebelo, que define como o órgão da sentimentalidade, da vida interna afetiva da alma, os ódios, medos, amor. Para Bruner, embora cada um destes órgãos tenha seu próprio eu, eles se reúnem para conformar a personalidade da pessoa. Segundo o mesmo, Bruner destaca que a conexão se produz através da "incessante e contínua mobilidade molecular da substância cerebral em certas direções, o que é difícil determinar por enquanto". Bruner localiza a alma no cérebro: "a alma não é uma secreção, mas é a energia e qualidade inerente do cérebro (...) cada oscilação de uma molécula aparece como pensamento, cada movimento nutritivo é uma sensação e toda a atividade de nossa inteligência é a vibração orgânica da substância cerebral". Para explicar as doenças mentais, Bruner acusa que “uma alteração adequada materialista desses elementos, alteração tão sutil, tão microscópica, tão daguerrotípica, por assim dizer, que a nossa inteligência pode apenas senti-la, o microscópio apenas vislumbra-la e a faca anatômica não consegue distingui-la. Ver ROA, Armando. *Demonio y Psiquiatría*. Santiago, Chile. 1974. Editorial Andrés Bello. P. 36.

sujetos que no han presentado jamás signo de locura alguna: y agregan todavía que muchísimas autopsias de enajenados jamás ha podido descubrirse el más leve indicio de alteración, de lo que concluyen que la locura pende de otras causas que la ciencia hasta ahora no ha logrado penetrar y que, por lo tanto, las lesiones orgánicas cerebrales no son las únicas productoras de este trastorno”⁴⁸⁸.

O primeiro médico do asilo, Lorenzo Sazié (filho de Carlos Sazié), junto com Ramón Elguero, propõe uma classificação baseada em Philippe Pinel e Jean Etienne Esquirol, na qual o conceito da teoria das paixões está presente⁴⁸⁹. Em um relatório feito por Elguero, ele diz que prefere a classificação que tem por base os caracteres sintomáticos, apesar de reconhecer muitas dificuldades na sua aplicação. Assim, ele distingue os quadros diagnósticos em: manias (agudas e crônicas), monomanias (lipemanías ou melancolia, hipocondria religiosa, erotomania), demência simples e epiléptica, imbecilidade e idiotice⁴⁹⁰.

A principal terapia no asilo detalhada por Elguero é o tratamento moral, o qual é, para o médico, “o único que conduz a resultados eficazes e impossível de atingir através de um regime apenas farmacêutico”⁴⁹¹. O alvo para o alienista é ensinar ao alienado novos hábitos como “a submissão à ordem e a disciplina” para se inserir novamente na sociedade. A respeito dos tratamentos físicos, recomenda as camisas de força, duchas frias ou “qualquer outra correção ligeira”⁴⁹².

Carlos Sazié é outro médico que se filia ao tratamento moral como terapêutica. Um artigo dele, publicado em 1881, intitulado *Influencia del trabajo en las enajenaciones mentales*, cita Pinel para sustentar que o trabalho é o principal meio de tratamento das doenças mentais, adicionando que “una casa de enajenados, ha dicho Esquirol, es un instrumento de curación, i en las manos de un médico hábil es el agente terapéutico mas poderoso contra las enfermedades mentales”⁴⁹³. Sazié também publica artigos na RMCh referidos à histeria e ao efeito dos anestésicos⁴⁹⁴. A histeria vai ter

488 Informe del Médico de la Casa de Locos, escrito por Ramón Elguero y presentado a la Junta Directora de la Casa de Locos. Santiago, 1862. Ver COSTA-CASARETTO, Op. cit. 1980. P. 562.

489 ESCOBAR, 2000. Op. Cit. P. 23.

490 COSTA-CASARETTO, Op. cit. 1980. P. 562.

491 Ibid. P. 563.

492 Ibid.

493 SAZIÉ, Carlos. Influencia del trabajo en las enajenaciones mentales. *Revista de Chile*, Santiago, 1881. P. 178.

494 SAZIÉ, Carlos. La anestesia histórica i los agentes anesthesiógenos. *Revista Médica de Chile*, Año XI, agosto de 1882. P. 49.

vários artigos publicados nas primeiras décadas da RMCh⁴⁹⁵. Também aparecem artigos que versam sobre a loucura moral⁴⁹⁶.

O desenvolvimento das ciências humanas na virada do século XIX para o XX, no Brasil e no Chile, esteve determinado pela discussão sobre a raça na constituição da identidade das nações e sua projeção futura. No Brasil, diante à composição racial majoritariamente negra da população, os conceitos científicos da Europa sobre determinismo racial e climático provocaram foram modificadas a integrar no cenário dos debates a presença de negros, indígenas e imigrantes. No Chile centenário, por sua vez, os discursos sobre a raça que determinam as ciências humanas no mesmo período conceituam um único sujeito popular (e identitário), inteligibilizado como produto da miscigenação acontecido antes entre os espanhóis, indígenas e outros migrantes, mas no tempo daquelas teses já homogeneizado: trata-se do ‘roto chileno’. De alguma forma, parece-me que, a grande diferença do Brasil com o Chile, é que neste último país a diversidade racial foi negada nos discursos científicos.

Na década de 1870, o pessimismo racial marcou o pensamento psiquiátrico brasileiro, nas primeiras décadas do século XX, o embranquecimento da população seria o caminho propugnado pelos cientistas para resolver o problema da raça e sua incidência na projeção da nação brasileira. Essa discussão se dá no quadro do fim da escravidão (1888), da queda da monarquia (1889) e da criação da República (1892)⁴⁹⁷. O contexto social da discussão foi um Rio de Janeiro que, na segunda metade do século XIX, consolidava-se como capital do Império, atingindo uma população de 100 mil habitantes e apresentando um panorama de brancos, migrantes europeus, escravos e negros libertos em suas ruas. O horizonte científico e social no Brasil na virada do século era estimular a regeneração racial por meio da miscigenação com as raças brancas e assim branquear a população⁴⁹⁸.

495 Ernesto Mazzei publica o uso de metaloterapia para histeria (RMCh. Ano X. 1880-1881. P. 40), Ricardo Gibbs publica um artigo sobre a histeria (RMCh. Ano XII, 1883-1884. P. 346.), o alienista Manuel Segundo Beca publica El estado mental de la histeria (RMCh. Ano XXII, 1894. P. 117), em 1914 é descrita a loucura histórica (RMCh. Ano XLII, 1914. P. 73), em 1917 é atualizado o conceito de histeria (RMCh, Ano XLV, 1917. P. 27 e 31), em 1926 se publica uma breve comunicação sobre a histeria e traumatismo (RMCh. Ano LIV, 1926. P. 490).

496 *Revista Médica de Chile* Ano XLIV, 1916. P. 410 e 423.

497 Henry Thomas Buckle, no seu *History of civilization in England* (1857), dizia que o problema brasileiro era climático devido à prodigalidade da natureza, fora de qualquer controle possível a despeito dos esforços civilizadores dos portugueses. Para explicar a decadência física e moral do Brasil, os intelectuais começaram a enfatizar, de acordo com Lamarck, a influência de fatores ambientais como doenças, subnutrição, ignorância, pobreza, imoralidade do meio social e a herança escravista. Todas essas condicionantes, com exceção de fatores como raça e clima, poderiam ser alteradas mais rápida e eficazmente por meio de uma intervenção esclarecida, permitindo ao país abandonar definitivamente as ‘tais formas inferiores de civilização.’ Ver CARRARA, 2004, Op. cit. P. 442 e 447.

498 Para a discussão do problema da raça ver SCHWARCZ, Lila Moritz. *Espectáculo das raças – cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 – 1930)*. Cia. das Letras, São Paulo, 1993; MAIO, Marcos Chor e

A discussão sobre a raça é contemporânea à circulação das doutrinas frenológicas, que chegaram ao Brasil mais cedo do que no Chile. As primeiras teses no campo cerebral que colocam essa discussão no Brasil são as de Domingos Marinho de Azevedo, que defendeu *Dissertação sobre Phrenologia* perante a FMRJ, em 1838. O texto demonstra uma ‘organologia especial’ com a classificação e descrição das faculdades mentais, hierarquizando em três ordens⁴⁹⁹. Em 1841, Antônio Pereira D-Araujo Pinto apresenta na FMRJ a tese *Algumas proposições sobre Phrenologia* e, em 1875, Domingos Guedes Cabral apresenta uma tese dedicada às funções do cérebro que mostra divergências com as conclusões de Gall. A medicalização do criminoso eclodiu no fim do século XIX⁵⁰⁰.

A Escola de Medicina da Bahia foi o local de desenvolvimento das teorias de pessimismo racial, tendo particular destaque o médico Raimundo Nina Rodrigues⁵⁰¹. O médico radicado na Bahía participou da constituição dos campos da antropologia, da medicina legal e da psiquiatria no Brasil. Seus estudos desprezaram a cultura dos africanos escravizados e seus descendentes, estabeleceu relações entre raça e alienação mental, raça e crime, e degeneração e crime. Sua conceituação da degenerescência correspondia à vertente proposta por Magnan. Na sua inteligibilidade, Rodrigues considerava que o cruzamento de raças diferentes implicaria em degeneração física e mental dos descendentes, fato que poderia se acentuar com as influências externas do ambiente. Dessa forma, os mestiços seriam híbridos tanto no físico como em suas manifestações intelectuais e culturais. O médico também considerava que, entre os degenerados, os instintos atávicos e primitivos poderiam ressurgir devido às condições ambientais⁵⁰².

SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010; VENANCIO, Ana Teresa A.; FACCHINETTI, Cristiana. ‘Gentes provindas de outras terras’: ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.8, n.2, 2005.

499 MÉRIDA, Cristiane Brandão Augusto. *O cérebro criminógeno na antropologia criminal do século XIX: um estudo sobre a etiologia do crime a partir da medicalização da sociedade*, Marca Gráfica Editora, Rio de Janeiro, 2010. P. 131.

500 Ibid. P. 129 e 133.

501 Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906) formou-se em medicina no Rio de Janeiro e em 1891 tornou-se professor de Medicina Legal na Faculdade de Medicina da Bahia. Foi membro da Academia Nacional de Medicina. Fundou a *Revista Médico-legal*. Foi redator da *Gazeta Médica da Bahia* e assíduo colaborador dos periódicos *Brasil-Médico* e *Revista Médica de São Paulo*.

502 ODA, Ana Maria. Nina Rodrigues e a loucura epidêmica de Canudos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Janeiro de 2012 - Vol.17 - N° 1.

O pesimismo racial de Rodrigues concluía que a multirraciedade e a heterogeneidade do Brasil levavam o país a um futuro etnicamente negro. Para sua doutrina, o cruzamento racial explicava a criminalidade, a loucura e a degeneração⁵⁰³.

Considerado o principal impulsionador da institucionalização da medicina legal brasileira, Rodrigues é quem divulgou as ideias da criminologia científica, com as suas técnicas de antropometria, entre a corporação terapêutica⁵⁰⁴. Em 1894, publicou *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*. Guiado por um estilo de pensamento evolucionista, diz que foi com o aperfeiçoamento da série animal que o sistema nervoso se foi complexando: cuja composição histológica ou bioquímica da massa cerebral dependia de décadas de adaptação e de transmissão hereditária por várias gerações. Dessa forma, apresentava graus sucessivos do desenvolvimento mental dos povos, os quais se diferenciam segundo estágios evolutivos. Por isso os povos indígenas e primitivos não estariam preparados para receber a civilidade das culturas europeias avançadas⁵⁰⁵.

A ancoragem no organicismo presente em Nina Rodrigues é expressa na conceituação de que o estudo das ‘raças inferiores’ fornece à ciência os casos em que observações positivas constatariam a incapacidade orgânica cerebral. Em sintonia com a teoria do atavismo de Lombroso, destaca uma impulsividade primitiva com atos reflexos e automáticos como próprios das raças inferiores. Os mestiços, para Rodrigues, dividem-se em três categorias: mestiços superiores, nos quais predomina a raça civilizada na sua organização hereditária; os mestiços comuns, produtos totalmente aproveitáveis, superiores às raças selvagens de que são provenientes; e os mestiços degenerados, definidos pela sua ‘anomalia de organização física’. Ele também teorizou sobre psicologia coletiva, temática em que imbricava as conceituações feitas⁵⁰⁶.

No Chile, a relação entre as formas do corpo e as patologias mentais não era uma ideia nova para os alienistas. Já em 1860, o médico Adolfo Valderrama (1834-1902)

503 SCHWARCZ, Op. cit.

504 CORRÊA, Mariza. As ilusões da liberdade. A Escola. Nina Rodrigues e a Antropologia no Brasil. São Paulo. Edusp, 1998.

505 MÉRIDA, Op. Cit. P. 141.

506 Em 1897, Nina Rodrigues analisou a revolta dos canudos no artigo A loucura epidêmica de Canudos, publicado originalmente na Revista Brasileira (ano III, tomo XII, novembro de 1897), texto no qual articula as noções de degenerescência, atavismo e loucuras individual e coletiva. O médico descreve a loucura de Antonio Maciel como um delírio crônico de Magnan, produzido pela sua condição de mestiço, nascido no sertão em um contexto de religiosidade forte. O delírio crônico do líder da revolta é explicado como uma reação a um momento histórico conturbado, como foi a queda da monarquia e o advento da república, a separação entre igreja e o Estado e uma crise econômica que atingiu a região dos sertões. O contexto provoca que o delírio de Maciel aja sobre a degeneração atávica dos jagunços, produzindo um estado de exaltação passional coletiva, que acaba sendo uma epidemia de loucura. Ver ODA, 2012, Op. cit. P. 141.

acreditava na possibilidade de descobrir "na voz, nos olhos, na postura corporal e nas mesmas palavras" de um doente o verdadeiro aspecto de sua doença. A fisionomia era, segundo ele, o espelho da alma⁵⁰⁷. Mas a circulação das ideias de Lombroso a partir da década de 1870 leva a medicina mental a redirecionar sua visão em direção da procura por estigmas físicos que delatem o atavismo criminal de determinados corpos.

Na segunda metade do século XIX, portanto, a circulação das doutrinas frenológicas ocorre paralelamente às ideias relativas à localização das patologias. Em 1887, aparece um artigo intitulado 'Localización de las enfermedades cerebrales', assinado por Pedro Marín na RMCh⁵⁰⁸, expressando a tendência da localização como uma característica hegemônica nas escolas anatomopatológicas. Mas, nas primeiras décadas do século XX, a psiquiatria chilena aprofunda o viés frenológico, vinculando sua competência ao controle social. Nesse momento, inicia-se uma relação entre a psiquiatria e a medicina legal que se prolonga por décadas. Se antes a relação acontecia nos tribunais e nos laudos médicos, agora as teorias criminológicas compartilham espaço na formação dos psiquiatras com as ideias advindas do estudo do cérebro. O ponto de encontro dessa relação é a herança, campo de pesquisa aberto com as novas descobertas em patologia celular e o determinismo genético. A circulação das ideias de Lombroso faz o delito ser objeto de pesquisa não só de cientistas sociais, mas, sobretudo, de médicos, em particular psiquiatras.

Segundo León, o período entre 1880 e 1920 é quando mais se evidencia a circulação do determinismo criminológico no Chile, encontrando como cenário social e econômico um progressivo crescimento urbano, de industrialização de algumas de suas áreas, de geração e consolidação de um proletariado, marcado pela presença das ideias de defesa social e periculosidade⁵⁰⁹. A circulação dessas ideias acontece em publicações relativas à antropologia criminal desde a década de 1890, em particular a *Revista Forense Chilena*⁵¹⁰. A visita do frenologista italiano Enrico Ferri, em 1910, é um marco na consolidação desse estilo de pensamento dentro da comunidade científica chilena⁵¹¹.

507 Alguns dos escritos dele são *Naturaleza de las enfermedades*. Em *Anales de la Universidad de Chile*, N 21, 1862; e *El Fastidio*. Ensayo sobre una patología del alma. Em *Revista del Pacífico* III, 1860. Ver Correa, María. *Cuerpo y demencia. La fisonomía de la incapacidad en Santiago de Chile (1855-1900)*. *Historia Crítica*, Enero – Abril 2012. P. 90.

508 *Revista Médica de Chile* Año XVI 1887-1888. P. 74.

509 LEÓN, Marco. Por una "necesidad de preservación social": Cesare Lombroso y la construcción de un 'homo criminalis' en Chile (1880-1920). *Cuadernos de Historia* 40. Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile, junio, 2014. P. 34.

510 *Ibid.* P. 37.

511 LEYTON, César; PALACIOS, Cristian. *Industria del delito. Historia de las ciencias criminológicas en Chile*. Museo Nacional de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Santiago, 2014. P. 203.

Exemplo desse processo de debate de ideias é o caso ocorrido em 1890, em que o mineiro Antolin Manzano, em um incidente em um tribunal de Santiago, bêbado, feriu uma pessoa e matou outra. Seu caso foi discutido pelos psiquiatras e médicos da época⁵¹², os quais outorgam importância aos antecedentes hereditários, ressaltando o alcoolismo do pai e de um irmão, um quadro epiléptico da irmã e a propensão precoce a bebidas no réu. Os médicos falam da ‘cadeia degenerativa’ que leva uma predisposição à insanidade, expressa como um delírio de perseguição. Como medida, propõem o isolamento do louco para evitar novos percalços.

Um ator importante nesse processo foi o psiquiatra Manuel Segundo Beca (1863-1919). Beca é contemporâneo a avanços da ciência criminológica como a filiação antropométrica (sistema Bertillon), em 1897, e o estabelecimento da identificação antropométrica na polícia de Santiago, um ano depois, e da datiloscópica, a partir de 1903⁵¹³. Beca se qualifica como médico com a tese *Algo sobre las enfermedades mentales en Chile* (1885). Depois de ser nomeado, em 1890, médico residente da Casa de Orates, trabalho que desempenha junto à prática da medicina legal no Hospital de San Borja, publica *Contribución al estudio de las enfermedades mentales en Chile* (1891), que é a primeira estatística do asilo, inaugurando o costume de se publicar anualmente as Memórias da Casa de Orates. No escrito, afirma que as patologias de sua época são a loucura histérica, histeria sem alienação, loucura alcoólatra e manias. No trabalho de 1891, acusa que são grandes causas de alienação o abuso de bebidas alcoólicas (57% em homens), seguido dos excessos venéreos e dos sentimentos e pesares. Beca realça que o ingresso de alcoólatras (197 de 328 entre os homens) constitui a maior taxa, salientando a influência da herança que gera ‘predisposição’ ou ‘susceptibilidade mórbida’⁵¹⁴.

Beca também foi diretor da Sociedade Médica de Santiago e secretário de edição da *Revista Médica de Chile*⁵¹⁵, onde publicou a maioria de seus trabalhos, participando em encontros internacionais como o Congresso de Alienistas e Neurologistas da França, (em que estiveram presentes Moreau de Tours, J. Seglás, J. Babinski, A. Delmás e S. Korsakoff)⁵¹⁶ e o Congresso de Prisões em Paris em 1895, enviando comunicações

512 Segundo um informe dos médicos e psiquiatras Victor Brangier Augusto Orrego Luco, Adolfo Valderrama, Eulogio Cortinez, Joaquín Castro e Carlos Soffia Sazié. Ver LEÓN, Op. cit. P. 48.

513 LEYTON et All, 2014, Op. Cit. P. 203.

514 BECA, Manuel. *Contribución al estudio de las enfermedades mentales en Chile*, Santiago, 1891.

515 ESCOBAR, Enrique. Los Beca en la psiquiatría chilena. *Revista Médica de Chile*. Vol.128, n.7, 2000.

516 ESCOBAR M, Enrique. Las publicaciones psiquiátricas nacionales y sus autores en 150 años de la especialidad: los primeros cincuenta años (1852-1902). *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. Vol.52, n.4, 2014. P. 278.

daqueles eventos para a RMCh⁵¹⁷. Seu livro *Antropolojia Criminal* desenvolve as ideias de predisposição criminal e a função da medicina de auxiliar a terapêutica. Define o tema tratado (antropología criminal) como uma:

“ciencia de observación” cuya misión era “fijar la solución de los problemas sociales inherentes (a todo grupo humano), i propender al estudio e implementación de una legislación adecuada i universal que, preservando a la Sociedad, combate i castigue el crimen, e impida las injusticias que puedan cometerse por falta de reconocimiento oportuno de los irresponsables”⁵¹⁸.

Para Beca, a psiquiatria tem que se basear na psicologia mórbida, que define como “el estudio de las peculiaridades físicas y psíquicas, comunes de encontrar en los criminales”⁵¹⁹. Para Beca, a medicina é terapêutica ao proporcionar os meios “para defender la comunidad o preservarla, para castigar al culpable i correjirlo; sobre todo moralizarle y curarle”⁵²⁰. Nesse contexto, um conceito começa a entrar em circulação: os indivíduos predispostos, os quais adoecem devido a predisposições constitucionais que os empurram para o crime (como o alcoolismo, a tuberculose, a sífilis), e que “enjendrarián productos susceptibles de formar en los escalones del crimen”⁵²¹.

Beca marca também a ampliação da procura de conhecimento sobre as doenças mentais da elite médica além da Europa, considerando também os Estados Unidos, expresso em um livro-relatório elaborado a pedido do governo, que aborda as doenças mentais e da organização dos hospitais no velho continente e nos Estados Unidos⁵²². Em artigos reunidos no livro, e publicados antes na RMCh, afirma que a Casa de Orates tem que ser um asilo, um hospital, uma prisão e uma escola⁵²³.

O modelo francês da alienação, alicerçado nos sintomas que orientou a psiquiatria brasileira durante o século XIX, é contestado na última década do século XIX pelas formulações de Emile Kraepelin, que desloca o foco das doenças mentais para um novo estatuto epistemológico, entendendo-as como uma forma patológica de vida fortemente

517 BECA, Manuel. Conferencia en Congreso de Alienistas y Neurologistas de Francia. *Revista Médica de Chile*, Vol. 23, 1895. P. 385-389.

518 BECA, Manuel Segundo. *Antropolojía i antropometría criminal*. Estado de la cuestión. Estudio presentado al V Congreso Científico General Chileno de 1898, Santiago, Imprenta Cervantes, 1898. P. 16.

519 Ibid. P. 4.

520 Ibid. P. 6.

521 Ibid. P. 12.

522 BECA M. *Instituciones y servicios de enajenados en Europa y Estados Unidos*. Imprenta Nacional, Santiago, 1898.

523 *Revista Médica de Chile*. Año XXII. Septiembre de 1894- Nº 9. P. 360.

ancorada em uma perspectiva organicista. A empreitada do psiquiatra alemão é sistematizar conhecimento em torno da relação entre distúrbios somáticos e doenças mentais, e a partir disso estabelece classificações nosográficas⁵²⁴.

Embora se afirme uma descontinuidade entre a tradição alienista francesa em relação à psiquiatria alemã⁵²⁵, o modelo de sediar a histeria no encéfalo, proposto por Charcot, vincula ambas as tradições psiquiátricas. No Chile, um expoente desse momento é o psiquiatra Augusto Orrego Luco, graduado como médico cirurgião em 1873 com uma tese intitulada *Las Alucinaciones Mentales*. Um ano depois é nomeado professor de Anatomia Humana da Faculdade de Medicina e entra na Casa de Orates⁵²⁶,⁵²⁷, e no ano seguinte vai se formar em neuropsiquiatria em Paris com Charcot. A ideia do alienista francês sobre a localização da histeria no encéfalo marcou o viés organicista da produção teórica de Orrego Luco⁵²⁸,⁵²⁹. De volta ao Chile, retomou o cargo de professor de Anatomia, que desempenhou até 1890 junto com atividades políticas⁵³⁰. Em 1891, é eleito presidente da Sociedade Médica de Santiago e diretor da Escola de Medicina. Também foi um ativo intelectual e político dos fins do século XIX, sendo sua obra mais duradora uma série de artigos publicados no jornal *La Patria* de Valparaíso. Em 1884, reúne os artigos em um livro chamado *La Cuestión Social*, o qual marca a entrada dos sujeitos populares na consciência das elites⁵³¹.

Orrego Luco foi propagador, no Chile, da clínica associada à anatomia patológica como caminho para encontrar a causa etiológica das doenças mentais, tendo como modelos a relação entre a sífilis e a paralisias gerais e afasia com a região do lobo

524 VENANCIO, 2003, Op. cit. P. 890.

525 PORTOCARRERO, Op. cit.

526 CAMUS, Op Cit. P. 109.

527 MURILLO, Op. cit. P. 134

528 MUÑOZ, Op. cit. P. 86.

529 ESCOBAR, 2014, Op. cit. P. 278.

530 Em 1879, foi eleito deputado até 1890, chegando a ser presidente da Câmara de Deputados; em 1885, foi nomeado integrante do Consejo Superior de Instrucción Pública e, em 1898, foi ministro de Justicia e Instrucción Pública.

531 O libelo atribui à ‘raça vagabunda’ o triunfo na recente guerra do Pacífico (1879-1881) e se manifesta preocupado com o ‘vigor da nação’. No mesmo estilo de pensamento de Vicuña Mackenna, Orrego Luco coloca nos cortiços, nas habitações populares e nas tabernas os focos que mais que atingem o proletariado em formação. O texto também engloba o pessimismo climático associado por Orrego Luco à alimentação do povo: “de aquí resulta una grave y peligrosa anomalía: la de un pueblo que habita un clima frio y tiene la alimentación vegetal de los países tropicales, y que está, por consiguiente, fatalmente condenado al abuso de las bebidas alcohólicas para poder sostener su lucha con el clima”. O intuito do psiquiatra é inspirar nessa ‘massa cutucada pelas exigências implacáveis de vida’ hábitos de higiene e economia, ‘desenvolver sua inteligencia e levantar sua moral’. Para isso, propõe uma disciplina em torno do trabalho e da educação obrigatória e que a preocupação com a saúde seja o principal foco das políticas públicas: “Nuestros gobiernos y nuestros hombres públicos se han preocupado de la Constitución, de darnos leyes para regir nuestros actos civiles o comerciales y de hacer mucha política, pero han olvidado que la salud del pueblo es el primer interés que debe tener en vista todo hombre de Estado. Como muy bien dicen los americanos del norte: Health better than Wealth = la salud es el primero de los bienes y debe ser también el primer deber de los gobiernos”. Ver ORREGO, Augusto. *La cuestión social*. Santiago, 1884.

frontal do cérebro. Por isso, volta-se para a elaboração de prontuários médicos muito detalhados, para depois, nas autópsias, encontrar a localização orgânica da lesão⁵³².

Ao mesmo tempo, escreve sobre as alucinações - consideradas por ele idênticas, independente do tóxico que as produz e viabilizadas “por uma predisposição inata ou adquirida”⁵³³. Orrego Luco dialoga com as correntes psiquiátricas da sua época, propondo o conceito de ‘neuroses mímicas’ (1879)⁵³⁴. Ele faz um estudo completo da anatomia do cérebro e das patologias conhecidas até o momento, localizando funções cerebrais⁵³⁵; e introduz as ideias de Lombroso no Chile, analisando um caso policial à luz das ideias deterministas; e assegura que há uma predisposição especial no cérebro dos criminosos, condição herdada por uma predisposição biológica, com antecedente neuropsicótico. Para o psiquiatra, a criminalidade é uma herança que “corroe al individuo, a su cuerpo, a sus padres, a sus hijos, a su cultura, a su identidad social”⁵³⁶. Junto à análise dos antecedentes ‘heredofamiliares’, Orrego Luco, depois de fazer a autópsia do criminoso, determina uma ‘disposição característica do cérebro deste:

"El cráneo del individuo presentaba un espesor muy considerable. Las envolturas cerebrales sólo tenían de particular el desarrollo considerable de las granulaciones de Pachioni, a pesar de que la edad del individuo no podía exceder de cincuenta años (...) En el lóbulo frontal se dibujaban claramente cuatro circunvoluciones que podían ser muy fácilmente limitadas y aisladas unas de otras. Como en los casos de Ovion, era la segunda circunvolución la que se bifurcaba (...) Anotamos este caso como una confirmación de esa disposición del cerebro de los criminales, que si autopsias ulteriores consiguieran establecer como un hecho constante, vendría a colocar bajo una luz diversa los problemas de la legislación penal"⁵³⁷.

532 MUÑOZ, Op. cit. P. 86.

533 ORREGO Luco, Augusto. Causas indirectas de la alucinación mental. *Revista Médica de Chile*. Tomo II: 1873. Año II. P. 441.

534 Define assim quando um paciente simula os mais complexos quadros orgânicos ou uma doença somática não fraudulentamente. Ver ORREGO Luco, Augusto: Neurosis Mímicas. *Revista Médica de Chile*, Tomo VIII, 1879. P. 92.

535 Orrego publicou um livro intitulado *Estudio sobre las circunvoluciones y surcos del cerebro humano* (Editora Librería Central de Servat I Ca., Santiago, 1879.) e um artigo na *Revista Médica de Chile*. O artigo adere à proposta de Jackson sobre uma vida psíquica e o sistema nervoso funcionando como uma totalidade organizada hierarquicamente produto de uma evolução. As citações correspondem a este último: Orrego Luco, Augusto. Estudios sobre las circunvoluciones y surcos del cerebro humano. *Revista Médica de Chile*, Tomo VIII, Santiago, 1879-1880, pp. 263-265.

536 ORREGO Luco, Augusto. Nota sobre el cerebro de los criminales, *Revista Médica de Chile*, Vol. 8: Numero 3, Santiago, 1879. P. 264.

537 Ibid. P. 264.

Em 1904, Orrego se consagra no campo de conhecimento psiquiátrico através de um livro no qual apresenta fatos que comprovam a relação entre a tabe e a sífilis⁵³⁸. Aplicando um método clínico por ele mesmo desenvolvido, apresenta um estudo feito em uma população de pessoas atingidas com tabes dorsalis, argumentando uma origem sífilítica. O estudo diz comprovar as teses de Jean Alfred Fournier e Wilhelm Heinrich Erb sobre a origem luética da tabe. O próprio neurologista Erb comenta, ao conhecer o estudo, que “aí está a prova definitiva”⁵³⁹.

Na virada do século XIX para o XX, no Chile, o ensino da psiquiatria estava direcionado a partir de uma perspectiva neurológica muito influenciada pelo método anatomo-clínico de Jean-Martin Charcot e pela escola francesa da Salpêtrière⁵⁴⁰. Tanto Augusto Orrego Luco como seus sucessores, Joaquín Luco Arriagada⁵⁴¹, Hugo Lea Plaza e Oscar Fontecilla, era inclinado a esse modelo.

O organicismo kraepeliano aparece expresso na primeira tese dedicada a *dementia praecox* de Emil Kraepelin, assinada por Alberto Benítez Sanhueza, em 1907⁵⁴². A tese define a psicose maníaco-depressiva citando Kraepelin: “una psicosis constitucional, esencialmente hereditária, caracterizada por la repetición, la alternancia, la yuxtaposición o la coexistência de estados de excitación i de depresión”⁵⁴³. A doença é atribuída à herança, definida como o principal elemento etiológico (80-90% dos casos),⁵⁴⁴ e representa 10-15% do total dos internos nos manicômios. Cita Afrânio Peixoto, que diz que constitui 6,6%⁵⁴⁵. Nas considerações médico legais, diz que os doentes

538 ORREGO Luco, Augusto. *Etiología y Terapéutica de la Tabes Dorsal*. Imprenta, Litografía y Encuadernación. Barcelona, Santiago Chile, 1904.

539 ROA, 1974, Op. cit. P. 56.

540 ARAYA, *et All*, Op. cit.

541 Formado como psiquiatra na França, onde foi aluno de Babinski, Joaquín Luco Arriagada (FALTA DATA) se debruçou principalmente para o ensino, publicando matérias na RMCh dedicadas à análises de casos clínicos. Entre as publicações feitas por Joaquín Luco Arriagada aparecem Hemiplegia histérica con aumento de los reflejos tendinosos (RMCh, Año XXXII N° 4, 1904), Síndrome Cerebeloso (RMCh, Año XXXIII N° 6, 1905); Afonía histérica (RMCh, Año XXXIV N° 11, 1906); Tumor de la zona Rolándica (RMCh, Año XXXV N° 6, 1907); Tumor Cerebral (RMCh, Año XXXVI N° 6, 1908). Ver ESCOBAR, 2002, Op. cit. P. 81.

542 Alberto Benítez Sanhueza trabalhou no Instituto Médico Legal como médico legista, chegando a ocupar, em 1928, o cargo de professor da cátedra de Medicina Legal e diretor do Servicio Médico Legal, fundado em 1926. Escreveu um Manual de Medicina Legal e foi o primeiro diretor da Escuela de Investigaciones Policiales, fundado no segundo governo de Arturo Alessandri Palma. Ver CIOCCA G, Luis; BORQUEZ V, Pamela; BURGOS S, Raúl. Homenaje a los profesores de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Chile. *Revista Médica de Chile*, Vol.136, N°.5, 2008. P. 666-670.

543 BENÍTEZ Sanhueza, Alberto. *Contribución al estudio de la Psicosis maníaco-depresiva de Kraepelin (locuras periódicas)*. Memoria de prueba para optar ao grau de Licenciado em Medicina e Farmacia, Facultad de Medicina, Santiago, 1917. P. 21.

544 Ibid. P. 49.

545 Ibid. P. 21.

maníaco-depressivos dão origem a delicados problemas de medicina legal: “Em estado de furor maníaco, violentamente cometem atos de homicídio”⁵⁴⁶.

A medicina naquela época tinha delimitado espaços de competência cognitiva a respeito de áreas específicas da massa craniana. O cérebro era deixado nas mãos dos neurologistas, enquanto a hipófise, hipotálamo e órgãos associados a caracteres sexuais eram objetos dos endocrinologistas, os quais desenvolvem a medicina experimental⁵⁴⁷.

No século XX, o conceito de degeneração é fartamente utilizado na medicina chilena. Um manual de 1922, feito pelo professor de Patologia Interna, Armando Larraguibel (1883-1972), aparece associado a perturbações da nutrição e do metabolismo celular⁵⁴⁸. Larragibel atribui as causas das degenerações a todas aquelas que “alteran física o químicamente el protoplasma y aquellas que impiden el metabolismo normal”⁵⁴⁹. Ao se referir à herança nervosa, Larragibuel diz que as influências morais da mãe influenciam o desenvolvimento do feto e que ‘causas ocasionais’ provocam o início de uma doença nervosa: “Para que las manifestaciones nerviosas aparezcan en los tarados debe existir una *causa ocasional*. El reconocimiento de estas causas ocasionales tiene una gran importancia para la profilaxis de las enfermedades nerviosas”⁵⁵⁰. Causas ocasionais podem ser variadas, segundo Lagarribel: um traumatismo, uma infecção, um excesso de qualquer natureza ou a primeira embriaguez, que na dipsomania “es una causa banal la que produce el delirio de un predispuerto”⁵⁵¹. A influência da causa ocasional influi no germinoplasma. Assim, concluiu que a loucura, em 25% dos casos, é herdada, e que a mãe a transmite mais que o pai⁵⁵².

Na segunda década do século XX, a figura da degeneração segue determinada pelas medições lombrosianas no Chile, como demonstra os escritos de Jerónimo Letelier Grez. Ele se graduou como médico em 1898, defendendo a tese *Contribución al estudio de las enfermedades mentales en Chile*, que continha um estudo retrospectivo da morbidade dos internos desde os inícios da Casa de Orates (1852) até 1897, que inclui

546 Ibid. P. 51.

547 De origem letã, Alejandro Lipschutz (1883-1980) desenvolveu a fisiologia experimental no Chile. Membro Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade de Chile, fundou o Instituto de Medicina Experimental do Serviço Nacional de Saúde em 1937. Lipschutz se dedicou ao estudo dos fatores extragonadaís que regem o destino das gônadas sexuais. Removendo hipófises de animais, o cientista estabelecia relações com o comportamento sexual. Em 1919, publicou *Las secreciones internas de las glándulas sexuales* (1919). Ver LIPSCHUTZ, Op. cit. P. 46.

548 LARRAGUIBEL, Armando. *Patología General*. Editorial Scientia, Santiago, 1922. P. 171.

549 Ibid. P. 172.

550 Ibid. P. 291.

551 Ibid.

552 Ibid. P. 294.

variáveis sociodemográficas e clínicas, e comparação com estudos estrangeiros. Em relação às causas das alienações, Letelier Grez concluiu que os principais responsáveis das alienações são, em ordem de aparição, o álcool (mais de 50% dos casos), as causas morais, a degeneração mental e a hereditariedade⁵⁵³. Um caso apresentado por ele na Sessão da Sociedade Médica de Santiago, em junho de 1916, aborda o caso de uma doente internada na Casa de Orates e detalha antecedentes hereditários e seu exame físico:

“orejas asimétricas de Blainville. Desviación de la nariz y del tabique nasal a la derecha. La comisura de la derecha más baja que la izquierda, cuando la enferma se ríe. Paresia ligera del orbicular del ojo derecho. Conformación defectuosa de los dedos de las manos. Conformación anómala de los dedos de los pies. Paladar muy excavado. Cambio de los dientes a los cinco años”⁵⁵⁴.

Por intermédio da discussão do caso, define os ‘signos físicos da degeneração’ e ressalta as condutas observadas:

“Resumiendo, los signos físicos de degeneración son: tendencia al vagabundaje, coprolalia, perturbaciones de la emotividad, perturbaciones de los afectos, memoria muy buena para las historias y malas para otros ramos, impulsividad, inadaptabilidad, cleptomanía y grafimania”⁵⁵⁵.

O sucessor de Letelier, Oscar Fontecilla, dá início à visão que justifica o organicismo nos fatos genéticos. Fontecilla iniciou sua carreira médica no hospício em 1912, e introduziu no Chile as ideias organicistas de Emil Kraepelin matizadas com as ideias do neurologista John Hughlings Jackson, que sustentava uma base anatômica e fisiológica organizada hierarquicamente para a localização das funções cerebrais⁵⁵⁶. As ideias de Fontecilla são expressas na palestra inaugural do curso de enfermidades mentais do ano de 1926. O documento se inicia definindo que a finalidade do psiquismo é a adaptação do indivíduo ao ambiente⁵⁵⁷. Segundo ele, o psiquismo está atravessado pela antítese psíquico-orgânica, que origina o fenômeno da consciência. Dessa forma, a

553 ESCOBAR, Op. Cit. P. 240.

554 Sesión de la Sociedad Médica del 9 de junio de 1916. Revista Médica de Chile, Tomo 44, 1916. P. 411.

555 Ibid. P. 412.

556 ROA, 1972, Op. cit. P. 1267.

557 FONTECILLA. Op. cit. P. 15.

adaptação ao ambiente é fornecida pelo desenvolvimento de “mecanismos orgânicos y físicos en un extremo de la cadena y refinadamente mentales en el otro extremo”⁵⁵⁸.

Segundo Fontecilla, a função do médico é conhecer as estruturas e funções dos órgãos do corpo, mantendo o organismo em condições aptas para fazer seu trabalho. Na visão hierarquizada das funções cerebrais, o internista tem que:

“conocer las estructuras y funciones de los órganos del cuerpo y mantener al organismo en condiciones aptas para hacer su trabajo (...) la actitud del internista respecto del paciente es comparable a la del maquinista y del ingeniero respecto del barco en que trabajan (...) cuando el internista pasa a psiquiatría es como si dejara el departamento de máquinas para subir al puente de mando”⁵⁵⁹.

Sem ignorar o aporte das teorias psicodinâmicas, Fontecilla localiza no encéfalo o centro por onde passam a excitação sensitiva-sensorial, que depois aparece ‘na superfície’ em forma de ação, embora considere o desconhecimento pleno do mecanismo pelo qual o processo se realiza⁵⁶⁰. O evento é nomeado por Fontecilla como uma metamorfose encefálica que acompanha a consciência gerando uma série de fenômenos obscuros e inexplicados: sensações, percepções, representações, ideias, afetos e sentimentos, volições⁵⁶¹. Entretanto, ainda que Fontecilla se apresente entusiasmado pela empreitada de localizar no cérebro as funções da mente, reconhece que até o momento não se conseguiu integrar ao organismo nenhuma das funções psíquicas para determinar os processos orgânicos ligados aos processos mentais⁵⁶².

Fontecilla difunde uma ‘nova conceituação do sistema nervoso’, frisando o papel do sistema neurovegetativo, conectado com todos os órgãos e músculos do corpo, e em particular uma substância cinzenta localizada no terceiro ventrículo que diz que é o ‘centro do organismo’, local onde:

“se realizan toda clase de reflejos (antes se creía que eran sólo motores). Posee centros propios situados a lo largo de todo el eje cerebro espinal, hasta la sustancia gris del tercer ventrículo. Se ha demostrado que todos los órganos, hasta los músculos voluntarios, reciben inervación vegetativa. O sea, un sistema de ‘dominio universal’ que obliga a todas las células mediante la

558 Ibid. P. 18.

559 Ibid. P. 16.

560 Ibid. P. 19.

561 Ibid. P. 20.

562 Ibid. P. 23.

regulación del tonus (simpático y para-simpático). Sustancias gris del 3 ventrículo es el centro del organismo”⁵⁶³.

O estilo de pensamento do psiquiatra localiza no córtex cerebral o centro do sujeito. A função periférica do sistema nervoso cerebroespinal coloca “en relación con el mundo externo la unidad vital concentrada en el sistema nervioso vegetativo”⁵⁶⁴. A hipótese de Fontecilla é que:

“el centro del sujeto con su doble faz — vegetativa u orgánica, animal o personal— se halle situado en la sustancia gris del tercer ventrículo, hipótesis que explica de una manera sorprendentemente sencilla los fenómenos fundamentales de nuestra vida psíquica”⁵⁶⁵.

A pessoa é uma unidade vital do ponto de vista psicológico e fisiológico e, através do sistema neurovegetativo, relaciona-se com o ambiente social⁵⁶⁶. Segundo Fontecilla, o estado de ânimo “no son otra cosa que variaciones del tonus del ‘centro del sujeto’ o de algunas partes del mismo”⁵⁶⁷. O caminho de pesquisa aberto para Fontecilla é promissor. Comenta que, até o momento, ensaios com excitação elétrica conseguiram provocar movimentos semelhantes aos voluntários e que, em alguns lesões corticais, são perdidos determinados “resíduos da experiência”⁵⁶⁸:

“Ensayos con animales y datos con humanos dan cuenta que se puede destruir grandes porciones de la región frontal, parietal y occipital sin que se produzcan trastornos de la conciencia. (...) actuando sobre la corteza no se logran estos trastornos, a diferencia de cuando el foco de la enfermedad está cerca del pedúnculo cerebral, en el tálamo, en el cuerpo calloso o en la vecindad de estos. Sobre todo pedúnculo y cuarto ventrículo”⁵⁶⁹.

O psiquiatra coloca como exemplo a descoberta de processos patológicos na doença de Wilson (localizada no corpo estriado), na doença de Parkinson, nas coreias e na encefalite letárgica, que colocam em evidência uma segunda via para o impulso voluntário, chamada via extrapiramidal⁵⁷⁰. O horizonte da psiquiatria visto por Fontecilla é colocado além do orgânico, no espaço dos genes:

563 Ibid. P. 24.

564 Ibid.

565 Ibid. P. 37.

566 Ibid. P. 31.

567 Ibid. P. 42.

568 Ibid. P. 33.

569 Ibid. P. 35.

570 Ibid. P. 37.

“De descriptiva y puramente clínica que fue en un principio, como se ve, la Psiquiatría tiende a orientarse cada vez más en el sentido genético, tanto desde el punto de vista que comunmente se denomina biológico (sensu stricto) como en el sentido puramente psicológico”⁵⁷¹.

Entretanto, o promissor caminho de pesquisas desenhado por Fontecilla se contrapõe à precariedade da Casa de Orates. O psiquiatra reclama pela ausência de serviços hospitalares adequados para a cátedra, bibliotecas e um laboratório⁵⁷².

A ênfase organicista também vai aparecer nas matérias criminológicas, dadas principalmente com Hugo Lea Plaza, que desenvolve suas pesquisas no Instituto de Criminologia e no Laboratório de Psicologia Experimental. Compartilhou cadeira com Guillermo Brink na Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina e no Laboratório de Neurohistologia do Manicômio Nacional⁵⁷³.

Lea Plaza identifica e classifica delinquentes juvenis na Casa de Menores de Santiago na década de 1920, quando é incorporada a dactiloscopia nos registros do estabelecimento, junto a exames pedagógicos, médicos e antropológicos, que incluem detalhes sobre a altura, a distância biacromial, braços, força dinamométrica, capacidade espirométrica, medições do perímetro torácico, dos diâmetros ântero-posterior e transversal, do perímetro craniano e outras medições da cabeça para cálculo do índice cefálico⁵⁷⁴.

Em um livro de divulgação dedicado à escola criminal positiva, Lea Plaza relaciona a alienação mental com a criminalidade, colocando a ideia da profilaxia da loucura através da intervenção médica. Para Hugo Lea Plaza, o livre arbítrio não existe, definindo o comportamento das pessoas segundo um determinismo:

"no hay efecto alguno sin causa y el acto humano es sencillamente en efecto en cuya determinación toma parte nuestra constitución física y psíquica, nuestra educación e instrucción, el medio social que nos rodea, el estado de ánimo de un momento, la tierra y el clima ambiente, la presión barométrica que pesa sobre su organismo"⁵⁷⁵.

571 Ibid. P. 45.

572 Ibid. P. 46.

573 ROA, 1972, Op. Cit. P. 1267.

574 LEÓN, Op. cit. P. 51.

575 LEA PLAZA, Hugo. *La escuela criminal positiva*. Santiago, 1917. P. 5.

Para Lea Plaza, o delito tem fatores antropológicos, físicos e sociais. Os primeiros são definidos como constitucionais e orgânicos. Sobre aqueles fatores agem os outros dois tipos. Na figura do degenerado agora também encarna a figura lombrosiana do *uomo criminal*, que, para o psiquiatra, demonstra:

"en forma convincente que el criminal no es nunca un hombre normal, que presenta anomalías físicas en la estructura de sus víceras, de su esqueleto, de su cráneo y de sus caracteres mentales especiales entre los cuales domina la insensibilidad moral, la imprevisión, la vanidad, etc. etc.... Podemos decir, pues, con propiedad que los delincuentes son seres pertenecientes a una especial agrupación inclinados al mal por constitución y que llegan a poner en práctica su actividad antisocial cuando a los factores antropológicos que llevan en sí desde su nacimiento, en su constitución orgánica, se unen los factores sociales y los factores físicos, es decir, las condiciones desfavorables del medio social y condiciones especiales del medio ambiente"⁵⁷⁶.

O lugar da psiquiatria diante a figura do degenerado criminoso vai ser de profilaxia. Segundo Lea Plaza, é mais necessário para a sociedade se realizar a profilaxia do crime. A escala da degeneração cobra aqui novos sentidos: "para la escuela positiva mientras más degenerado es el criminal tanto más peligroso"⁵⁷⁷.

A intervenção social e médica justificada por Lea Plaza poderia modificar os fatores sociais e antropológicos. Esses últimos, alvos da intervenção terapêutica propiciada pela psiquiatria, podem ser modificados no curso de uma geração:

"De los 3 factores sólo los factores físicos no están al alcance de nosotros; por el contrario está dentro de nuestra posibilidad modificar favorablemente los factores sociales y conseguir que en un medio social severo y puro permanezcan inmaculados muchos predisuestos orgánicamente al delito, tal como la vida al aire libre impide que muchos predisuestos a la tuberculosis atrapen la enfermedad. También los factores antropológicos pueden ser modificados favorablemente en el curso de la generación, propendiendo a la mejoría progresiva de la raza"⁵⁷⁸.

Quase duas décadas depois, com a queda das ideias lombrosianas, Lea Plaza reconfigura sua ancoragem organicista outorgando destaque ao sistema endócrino vegetativo. Em um artigo publicado na RMCh dedicado às bases biológicas das

576 Ibid. P. 10.

577 Ibid. P. 9.

578 Ibid. P. 10.

constituições, temperamentos e caracteres, incorpora a tipologia de Nicolás Pende e a caracterologia de Karl Kahlbaum junto aos estudos de Albert Pezard que “han orientado los conceptos de constitución y de carácter hacia el sistema endocrino-vegetativo”⁵⁷⁹. Lea Plaza faz referência aos ensaios em galináceos para medir a influência das glândulas sexuais na morfologia e comportamento psicosexual dos animais. O estilo de pensamento operante é a localização orgânica dos instintos, pelo qual Lea Plaza atenta, nas pesquisas, para as glândulas tireoides, secreções do pâncreas e hormônios genitais:

“El instinto de nutrición exagerado por secreción pancreática, de la reproducción estimulado por secreciones tiroideas y hormonas genitales e inhibido por el timo y la glándula pineal y el instinto de conservación está estimulado por la secreción tiroidea y suprarrenalica e inhibido por la posthipófisis y el timo”⁵⁸⁰.

A conclusão de Lea Plaza é que a vida vegetativa não está relacionada apenas com a ‘superestrutura’, mais também apresenta íntima relação com a ‘infraestrutura mesoencefálica’⁵⁸¹.

No Brasil, o intuito da psiquiatria é se nivelar com o desenvolvimento da medicina tropical, que seguia o estilo de pensamento microbiológico na origem das doenças, proclamando na mesma época a teoria do mosquito como vetor da febre amarela (Carlos Juan Finlay, 1881 e Filogônio Lopes Utinguassú, 1885), comprovando a transmissão da malária também pelo mosquito (Ronald Ross, 1895), e isolando o bacilo icteróide (Giuseppe Sanarelli, 1897)⁵⁸². As doenças, a partir de então, tem um germe provocador, vetores, um soro e, virtualmente, uma vacina. Como o paradigma kraepeliano tinha como referência a noção de plasma germinal de August Weismann, que propôs o termo para descrever um componente de células germinativas responsáveis pela herança, o estilo de pensamento fez com que os psiquiatras se dedicassem a encontrar o germe da demência⁵⁸³. Além da causa etiológica da doença mental, o paradigma de Kraepelin conceituava a enfermidade na sua evolução, reunindo os elementos observados, agrupando os sintomas e complementando o observado com a anatomia patológica.

579 LEA PLAZA, Hugo. Las bases biológicas de las constituciones, temperamentos y caracteres. *Revista Médica de Chile*, Año LX Nº 4, Santiago, abril de 1932. P. 377.

580 Ibid. P. 379.

581 Ibid. P. 383.

582 Fundação Oswaldo Cruz, Op. cit.

583 CAPONI, Sandra. Emil Kraepelin y el problema de la degeneración. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol.17, 2010. P. 488.

No Brasil, as teorias organicistas alemãs tornaram-se hegemônicas na primeira década do século XX, sob a égide de Juliano Moreira (1873-1933), nomeado diretor do HNA e diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal por Rodrigues Alves em 1903. O contexto sociopolítico era a reforma urbana e, no mesmo ano, é promulgada a primeira lei federal de assistência aos alienados⁵⁸⁴. Venancio salienta que a atuação de Moreira no HNA constituiu uma transformação da psiquiatria como prática assistencial e, principalmente, como saber ‘científico’ em construção, reforçando assim as iniciativas modernizadoras do Estado, o que seria corroborada pelo projeto de desenvolvimento de uma ciência psiquiátrica brasileira⁵⁸⁵.

Entre 1895 e 1902, Moreira frequentou as principais clínicas psiquiátricas e manicômios da Alemanha, Inglaterra, França, Itália, Áustria e Suíça. Assistiu também a cursos sobre doença mental com Krafft-Ebing, Kraepelin e Magnan; e fez estágio de anatomia patológica com Virchow. Venancio e Carvalho distinguem três fases na carreira científica de Moreira: a primeira, voltada à medicina tropicalista (dedicada a doenças como leishmaniose, sífilis, malária); a segunda, marcada pela clínica psiquiátrica, fundamentalmente difundida à obra de Kraepelin; e uma terceira fase, já ocupando o cargo de diretor do HNA, em que o psiquiatra se interessou pelo desenvolvimento da psiquiatria como prática assistencial pública e como conhecimento científico médico⁵⁸⁶. Também se preocupou pela instauração de hospitais urbanos para doentes mentais, hospitais colônias e a assistência heterofamiliar⁵⁸⁷.

Também sob a administração de Moreira no HNA, que o dirige até 1930, foram criados os laboratórios de bacteriologia e virologia⁵⁸⁸. Sua gestão no hospício gerou uma mudança estimulada pelas conceituações kraepelianas sobre os tratamentos, na qual se recomenda a supressão dos antigos tratamentos de controle físico, processo já iniciado nas décadas anteriores. Moreira relata que, de 1887 a 1889, foram modificados os banheiros e estabelecidos os serviços hidroterápicos. As casas fortes que mantêm alienados à força foram completamente transformadas⁵⁸⁹. O psiquiatra também retirou

584 Decreto Nº 1132 de 22 de dezembro de 1903. Ver ALVES, Op. cit. P. 40.

585 VENANCIO, Ana Teresa A.; CARVALHAL, Lázara de Azevedo. Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro. Em *Psicologização no Brasil: atores e autores*, organizado por Luiz Fernando Dias Duarte, Jane Russo, Ana Teresa A. Venancio. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005, P. 68 e 70.

586 Ibid. P. 67 e 68.

587 Ibid. P. 70.

588 Ibid.

589 MOREIRA, 1903, Op. cit.

as grades e os coletes-de-força, introduzindo a clinoterapia e a balneoterapia no tratamento dos doentes mentais⁵⁹⁰.

Junto a Afrânio Peixoto, publicou em 1905 o artigo *Classificação de moléstias mentais do professor Emil Kraepelin*, dedicado a resumir a classificação de Kraepelin de 1904 e destacando que não se tratava de uma versão definitiva, mas sim da proposição de novas bases sobre as quais as classificações psiquiátricas deviam ser estabelecidas. Essas eram a anatomia patológica, as causas e os sinais clínicos analisados em conjunto, e a consideração de suas evoluções. “O ensaio nosográfico de Kraepelin estaria sendo valorizado por fundamentar-se na clínica e na evolução das psychoses”⁵⁹¹. A doença mental, para Moreira, era um desvio da normalidade, considerando essa como “uma exceção biológica”⁵⁹², um déficit na formação do psiquismo do indivíduo⁵⁹³. O método clínico desenvolvido por Kraepelin e usado por Moreira considerava observar o curso natural das perturbações mórbidas e tomar minuciosamente seus sintomas, de acordo com sua ordem de aparição⁵⁹⁴. Sua ênfase organicista era expressa também pela ação das toxinas sobre o córtice cerebral, associada às perturbações gerais do organismo⁵⁹⁵.

As intervenções sanitaristas da primeira década do século XX no Rio de Janeiro, contudo, não apenas serviram como modelo na erradicação de doenças biológicas. O viés epidemiológico inerente àquelas políticas também foi aproveitado por Moreira no campo das doenças mentais para inserir novos sentidos à teoria da degeneração, deslocando assim o diagnóstico sobre o atraso da nação brasileira inteligibilizado nas décadas anteriores por Nina Rodrigues⁵⁹⁶. Ao contrário desse, Moreira afirmou que a degeneração deveria ser atrelada à educação e à saúde, sendo, assim, um problema social. Dessa forma, propõe o igualitarismo das raças, tornando possível a inclusão do miscigenado povo brasileiro em um projeto universalizante de desenvolvimento⁵⁹⁷. A perspectiva limitava a carga de hereditariedade degenerada às unidades orgânicas individuais, que podiam ser superadas pela educação⁵⁹⁸. No estilo de pensamento

590 FACCHINETTI, *et All*, 2013, Op. Cit. P. 247.

591 VENANCIO, Ana Teresa; A. CARVALHAL, Lázara. *A classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira*. Em JACÓ-VILELA, A. M. et al. (orgs.) *Clio- Psyche Ontem – Fazeres e Dizeres Psi* na história do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001. P. 152.

592 MOREIRA 1903. Op. cit. P. 93.

593 PORTOCARRERO, Op. cit. P. 61.

594 *Ibid.* P. 71.

595 *Ibid.* P. 77.

596 FACCHINETTI *et All*, Op. cit. P. 254.

597 VENANCIO, *et All*, 2005, Op. cit. P. 70.

598 VENANCIO, *et All*, 2005b. Op. cit.

kraepeliano, uma lesão orgânica localizada no cérebro produz os sintomas psiquiátricos e é possível de se expandir até degenerar o sistema nervoso. Os modelos da epilepsia, do alcoolismo e da sífilis eram apresentados por Moreira como evidência do processo degenerativo que leva a loucura⁵⁹⁹. Nessas doenças, as lesões neurológicas eram definidas como responsáveis pelos distúrbios mentais e os doentes representam um perigo para a sociedade e um entrave para o progresso: “eles representam um grande risco para a ordem social, na medida em que durante as crises são improdutivos, atentam contra a disciplina e concorrem para a transmissão de seu mal a seus descendentes, gerando “maus filhos, para infortúnio do nosso futuro”⁶⁰⁰. Dessa forma, a psiquiatria é justificada por uma função de defesa social e as pessoas consideradas como anormais serão inteligibilizadas como “passíveis de se submeterem à ordem social por meio de uma profilaxia específica”⁶⁰¹.

Um momento importante de divulgação dos princípios kraepelianos na psiquiatria brasileira é quando se elabora uma classificação brasileira de doenças mentais. Essa foi apresentada por Juliano Moreira, relator do projeto, em 1908, durante uma reunião da SBPNML, concluída em 1910 e publicada em 1919⁶⁰².

“O intuito do projeto brasileiro de classificação das entidades nosológicas era romper com as taxionomias que adotavam os métodos empregados pelas ciências naturais. O novo sistema reforçava a hegemonia das categorias diagnósticas e dos modelos de classificação alemães, em especial o kraepeliniano, propondo, indiretamente, que as psicopatologias seriam universais e que, portanto, as classificações europeias poderiam servir de modelo para a brasileira”⁶⁰³.

A referida classificação:

“significava uma maturidade profissional, uma vez que não consistia numa simples adequação de estruturas formuladas por teóricos europeus à realidade brasileira, mas a sínteses de estudos, observações e trabalho empírico destes médicos, seus pacientes e os mecanismos de cura”⁶⁰⁴.

599 PORTOCARRERO, Op. cit. P. 55 e 60.

600 MOREIRA, 1905: 167. *Apud* PORTOCARRERO, Op. cit. P. 51.

601 *Ibid.* P.132.

602 VENANCIO E CARVALHAL, 2005. P. 74.

603 VENANCIO, Ana Teresa. Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010. P. 331.

604 ALVES, Op. cit. P. 75.

Os diagnósticos advindos do alienismo francês, como a histeria ou a neurastenia, vão desaparecer na psiquiatria brasileira na década de 1920, emergindo diagnósticos como loucura maníaco-depressiva e demência precoce. Fachinetti comenta que se pode assim “observar o processo de mudança na psiquiatria do período e a crescente influência da corrente organicista, especialmente a partir de 1927, quando o Serviço de Assistência a Psicopatas deixou de circunscrever apenas o Distrito Federal e passou a abarcar todo o país”⁶⁰⁵.

O viés organicista era também expresso no desenvolvimento da neurologia como disciplina sociocognitiva autônoma, promovida desde o início por Antônio Austregésilo Rodrigues Lima (1876-1960). Formou-se em 1899 na FMRJ e, entre 1901 e 1909, foi professor substituto de Clínica Médica, Patologia Interna e Clínica Propedêutica. Em 1902, tornou-se médico da Santa Casa de Misericórdia e, em 1912, catedrático da recentemente fundada cadeira de Neurologia na FMRJ⁶⁰⁶. Sua formação na Europa foi acompanhada de neurologistas como Babinski e Dejèrine. Publicou um artigo no periódico francês *L'Encéphale*, em 1912, dedicado a um sinal semiológico que leva seu nome e de seu colega Faustino Esposel (o sinal de Austregésilo-Esposel)⁶⁰⁷.

Integrante da equipe liderada por Juliano Moreira, ele participou da fundação dos *Arquivos Brasileiros de Medicina* e dos *Arquivos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal*. Representou o Brasil em vários congressos internacionais de neurologia. Foi deputado federal por Pernambuco entre 1922 e 1930, e também foi membro da Academia Nacional de Medicina e da Sociedade Brasileira de Neurologia. Seu interesse pela neurologia estava vinculado a seus achados sobre doenças como a sífilis. Ele mesmo dizia que “em clínica, deve-se pensar sifiliticamente”⁶⁰⁸.

Outro médico interessado na neurologia foi Ulysses Machado Pereira Vianna Filho (1880-1935). Originário de Recife, estudou medicina na FMRJ e na FMB. Em 1905, ingressou no HNA, chegando a ser chefe da Seção Pínel. Também foi docente de clínica neurológica e psiquiátrica da FMRJ⁶⁰⁹. Em 1920, fez estudos de aperfeiçoamento com Alzheimer, em Munique⁶¹⁰. Similar aos médicos voltados à neurologia do seu tempo, concedeu importância à sífilis, publicando artigos sobre suas relações com a

605 FACCHINETTI, *et All*, 2010. Op. cit. P. 531.

606 *Ibid*. P. 532.

607 TEIVE, HÉLIO A G, SÁ, DANIEL, SILVEIRA NETO, OCTAVIO, SILVEIRA, OCTAVIO A. DA, & WERNECK, LINEU CESAR. (1999). Professor Antonio Austregésilo: o pioneiro da neurologia e do estudo dos distúrbios do movimento no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(3B). P. 899.

608 CARRARA, *et All*, Op. cit. P. 395.

609 CERQUEIRA, Op. cit. P. 38.

610 FACCHINETTI *et All*, 2010. Op. cit. P. 532.

Tabes dorsalis⁶¹¹. Era fortemente otimista a respeito da análise orgânica para a explicação das doenças mentais depois do desenvolvimento do teste sorológico feito através de um exame citológico do líquido cefalorraquidiano por Widal, Sicard e Ravaut, e Vianna. No fins da primeira década do século XX, enfatizava o impacto desse fato para a psiquiatria dizendo que “inaugurou uma época notável de fecundos progressos e inestimáveis consequências no desenvolvimento das doenças nervosas e mentais”⁶¹²:

“Além da paralisia geral progressiva, ao redor da sífilis e da degeneração do sistema nervoso por ela provocada começavam também a orbitar tabes dorsalis, epilepsia, histeria, melancolia, mania, depressão, paranoia e outras figuras da loucura, que passavam a ser consideradas apenas como quadros sintomáticos”⁶¹³.

Outro personagem importante para a conformação de uma visão organicista na psiquiatria brasileira do início do século XX foi Henrique de Brito Belford Roxo (1877-1969). Médico formado na FMRJ em 1900, apresentou a tese *Duração dos atos psíquicos elementares nos alienados*, orientada por Teixeira Brandão e inspirada nas orientações da psicologia experimental de Wundt.

Belford Roxo, entre 1901 e 1904, trabalhou como assistente no Pavilhão de Observação do HNA, chegando a ser diretor do Pavilhão de Observação do HNA ao substituir Teixeira Brandão quando este era deputado federal, em diversos períodos entre 1904 e 1920. Em 1919, torna-se diretor do referido pavilhão, transformado-o em Instituto de Psicopatologia do HNA. Em 1921, assume a função de professor de psiquiatria da FMRJ, mantendo-se na direção do Instituto, onde se localiza a Clínica Psiquiátrica⁶¹⁴.

Segundo comenta Duarte, nas primeiras décadas do século XX “a fisicalidade é propriedade preeminente dos processos vitais examinados, e as dimensões morais da vida humana aparecem, se não como claros epifenômenos, pelo menos como forças

611 CARRARA, *et All*, Op. cit. P. 395.

612 Ibid. P. 394.

613 Ibid. P. 395.

614 Membro de inúmeras instituições médicas, nacionais e estrangeiras, Roxo realizou diversos estudos na área de neuropsiquiatria e neurologia e frequentou as clínicas psiquiátricas de Heidelberg e de Munique. Publicou em 1925 um Manual de Psiquiatria e foi membro titular da Academia Nacional de Medicina a partir de 1922. Ver FACCHINETTI *et All*, 2010. Op. cit. P. 533; FACCHINETTI, Cristiana; VENANCIO, Ana Teresa A.. Entre a psicanálise e a degenerescência: sexualidade e doença mental no início do século XX no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. IX, núm. 1, marzo, 2006; VENANCIO, 2010, OP. cit. P. 331.

vagas, imprecisas, assistemáticas”⁶¹⁵. Roxo concilia os modelos naturalista e simbolizante à respeito da constituição da personalidade. O ‘localizacionismo’ cerebral, a partir da descoberta das lesões anatômicas encefálicas da paralisia geral por Bayle, em 1825, torna-se um grande programa explicativo das doenças mentais, dando força à fisicalidade para inteligibilizar o nervoso. Roxo dizia em um artigo de 1910 que o nervosismo “é um episódio natural da vida biológica”⁶¹⁶. Nessa inteligibilidade, a vida física do sistema nervoso depende fundamentalmente da alimentação das células nervosas, sendo a fraqueza o principal nóculo ideacional das doenças dos nervos explicitado por Roxo como decorrente de desnutrição ocasionada pela circulação de “sangue escasso ou mau”, o que produzia um estado de esgotamento nervoso⁶¹⁷.

Henrique Roxo também vai ser o primeiro diretor do Ipub (1938-1946). O psiquiatra desconsiderava a problemática da política assistencial, para centrar-se numa perspectiva científica eminentemente físico-orgânica a respeito das doenças mentais. Segundo Roxo, a importância das pesquisas comprovaria a possibilidade de cura dos doentes mentais numa época em que começaram a utilizar-se como métodos de tratamento aplicações de insulina, a malarioterapia, a piretoterapia, a convulsoterapia por cardiazol e por eletrochoque⁶¹⁸.

615 DUARTE, Op. cit. P. 323.

616 ROXO, 1916 *Apud* DUARTE, Op. cit. P. 315.

617 *Ibid.* P. 317.

618 VENÂNCIO, 2003. Op. cit. P. 896.

QUADRO 5
PERSONAGENS MÉDICOS E PSIQUIATRAS BRASILEIROS

NOME E TESE	DADOS PROFISSIONAIS	TEMÁTICAS DE ESTUDO
João Baptista Lacerda (1846-1915) <i>Das indicações e contra-indicações da digitalis no tratamento das moléstias dos aparelhos circulatório e respiratório</i> (TFMRJ,1870)*	Entra em 1876 no Museu Nacional com a reforma e inicia o período de ensaios fisiológicos	Ensaios fisiológicos em animais com diversas substâncias
Hilário de Gouveia (1843-1923)	Professor de clínica oftalmológica e otorrinolaringologia da FMRJ	Autoensaios oftalmológicos com cloridrato de cocaína na década de 1880.
Nuno de Andrade (1851-1922) <i>Do Diagnóstico e Tratamento das Nevroses Viscerais</i> (TFMRJ, 1875) * <i>Da Natureza e do Diagnóstico da Alienação Mental</i> (Tese para entrar na Academia Imperial de Medicina,1876)	(1877) Médico adjunto do Hospício de Pedro II (1881-1882) Diretor geral do Hospício de Pedro II (1881) Cadeira de Doenças Mentais	Higiene e clínica médica
João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921) <i>Operações reclamadas pelos estreitamentos da urethra; Das quinas; Do melhor tratamento das feridas accidentaes e cirurgicas; Lesões organicas do coração</i> (TFMRJ, 1877)	(1883) Professor da cátedra de Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas. (1887-1897) diretor do Hospício Pedro II (1890) Diretor da Assistência Médico Legal de Alienados	Criminologia e assistência a alienados
Márcio Nery (1865-1911)	(1898-1899) diretor interino HNA Professor de psiquiatria da FMRJ	
Juliano Moreira (1873-1933) <i>Syphilis maligna precoce</i> (TFMB, 1891)**	(1903) Diretor do HNA e diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal	Promoveu o paradigma de Kraepelin na inteligibilidade das doenças mentais

NOME E TESE	DADOS PROFISSIONAIS	TEMÁTICAS DE ESTUDO
<p>Júlio Afranio Peixoto (1876-1947)</p> <p><i>Epilepsia e crime</i> (TFMB, 1897)</p>	<p>(1901) Médico HNA</p> <p>(1902) Inspetor de Saúde Pública no Rio de Janeiro</p> <p>(1904) Diretor do HNA</p> <p>(1906) Professor de medicina pública da FMRJ</p> <p>(1907-1910) Diretor do Serviço Médico-Legal</p> <p>(1917) publica o livro <i>Higiene</i></p>	
<p>Antônio Austregésilo Rodrigues Lima (1876-1960)</p>	<p>(1901-1909) Professor substituto de Clínica Médica, Patologia Interna e Clínica Propedêutica.</p> <p>(1902) Médico do hospício</p> <p>(1912) Cadeira de Neurologia da FMRJ</p>	
<p>Henrique de Brito Belford Roxo (1877-1969)</p> <p>1900 TFMRJ <i>Duração dos atos psíquicos elementares nos alienados</i></p>	<p>(1901-1904) Assistente no Pavilhão de Observação do HNA</p> <p>(1904-1920) (por períodos) diretor do Pavilhão de Observação do HNA substituindo a Teixeira Brandão quando era deputado federal em diversos períodos entre 1904 e 1920.</p> <p>(1919) diretor do Instituto de Psicopatologia do HNA</p> <p>(1921) Professor de psiquiatria da FMRJ</p> <p>(1938-1946) Primeiro diretor do IPUB</p>	

*TFMRJ: Tese Faculdade de Medicina Rio de Janeiro

**TFMB: Tese Faculdade de Medicina Salvador de Bahia

FONTE: Dicionário História Saúde Fiocruz

QUADRO 6
PERSONAGENS MÉDICOS E PSIQUIATRAS CHILENOS

NOME	FORMAÇÃO	TEMÁTICAS DE ESTUDO
Ramón Elguero (1819-1877)	Médico.	Professor de Patologia Interna (1840) 1860-1874: Médico da Casa de Orates de Santiago
Guillermo T. Benham (1846-1879)	Doutor em medicina, mestre em cirurgia Publicou na Inglaterra <i>Causes of insanity. Action of nicotine, effects of cold applications</i>	1875 Médico chefe e residente da Casa de Orates de Santiago Integrante do Colégio Real de Cirurgiões em Londres, médico ajudante no Asilo de Bristol, segundo médico do asilo de insanos do West Riding em Wakerfield (Yorkshire), membro da Associação Britânica de Medicina e da Sociedade Microscópica de Bristol y da Sociedade Antropológica de Londres
Carlos Sazié (1852-1921)	(1879) Teses <i>Troubles intellectuels dans l'aphasie</i> , patrocinada por Alfred Vulpian	Doutorado na França com alienistas como Valentin Magnan, Jean Marie Charcot e o frenólogo Félix Voisin. (1879-1884) Médico residente da Casa de Orates (1882) Cátedra de Enfermidades Mentais e Nervosas (1884) Ensino no hospício
Federico Puga Borne (1855- 1935)	(1891) Publica o tratado <i>Elementos de Higiene</i>	Médico higienista Professor de medicina legal (1892) Diretor Instituto de Higiene y Desinfección
Manuel Segundo Beca (1863-1919)	(1885) <i>Algo sobre las enfermedades mentales en Chile</i> (TFMUCh) 1898 Publica <i>Antropolojia criminal</i>	1890 médico residente da Casa de Orates 1891 Contribución al estudio de las enfermedades mentales en Chile, primeira estatística do asilo

NOME	FORMAÇÃO	TEMÁTICAS DE ESTUDO
Augusto Orrego Luco (1848-1933)	1873 TFMUCh <i>Las Alucinaciones Mentales</i> 1884 <i>La Cuestión Social</i>	1874 Professor de Anatomia Humana 1875 Vai se formar em neuropsiquiatria em Paris com Charcot 1891-1905 Cátedra Enfermidades Mentais e Nervosas 1891 Presidente da Sociedad Médica de Santiago e diretor da Escola de Medicina
Jerónimo Letelier Grez (1873-1934)	1898 TFMUCh <i>Contribución al estudio de las enfermedades mentales en Chile</i>	1895 médico interno na Casa de Orates Diretor da Cátedra de Medicina Legal, chefe da Clínica psiquiátrica 1932 Direção da Casa de Orates Na década de 1920 dividiu o hospício em hospital psiquiátrico (ingressos voluntários e pacientes em observação); manicômio (alienados perigosos e antissociais) e Asilo de Temperança (alcoólatras) 1925 Cria a Escola de Enfermeiros Alienistas
Joaquín Luco Arriagada (1870-1945)		1905 Cátedra Enfermidades Mentais e Nervosas Separa o ensino da psiquiatria da neurologia
Armando Larraguibel (1883-1972)	1922 Publica o manual <i>Patología General</i>	Professor de Patologia Interna
Hugo Lea Plaza (1891-1963)		1917 Publica <i>La escuela criminal positiva</i> 1925 Cátedra de Psiquiatria Profilaxia do crime, tipologia de Nicolás Pende, caracterologia de Karl Kahlbaum, estudos de Albert Pezard sobre o sistema endocrino-vegetativo.
Oscar Fontecilla (1882-1937)		1925 Cátedra de Neurologia Reinstala o ensino no hospital, na Clínica Psiquiátrica

* TFMUCh: Tese Faculdade de Medicina Universidad de Chile.

CAPITULO III

ALCOOLISMO: O MODELO DA PSICOSE TÓXICA

Examinando a construção do discurso médico sobre a ebriedade alcoólica entre os anos 1830 e 1920 no Brasil, Santos analisa a mudança na inteligibilidade a respeito do uso de álcool de hábito para doença, definido segundo um padrão de hereditariedade e degeneração⁶¹⁹. Se durante quase todo o século XIX o álcool era conceituado como um alimento, além de seus usos terapêuticos, na alvorada do século seguinte a corporação médica passou a compreender o uso de destilados como uma “gangrena da sociedade moderna”, com sérios riscos para o organismo social. Santos também destaca a divisão entre algumas bebidas consideradas higiênicas, como o vinho e a cerveja, em contraposição às bebidas destiladas, como as aguardentes e o absinto⁶²⁰.

Em um trabalho posterior, Santos trabalha a hipótese de que o conceito de ‘psicose alcoólica’ buscou atar os sintomas e problemas causados ao indivíduo ao alcoolismo crônico⁶²¹. Embora o enquadramento dentro das psicoses não conseguisse estabelecer um consenso “quanto ao fato de ser o alcoolismo causa ou consequência das moléstias mentais, não havia divergências na afirmação de que o abuso da bebida alcoólica era capaz de produzir sintomas praticamente iguais aos manifestados nos alienados mentais”⁶²².

Na historiografia sobre o alcoolismo no Chile, Fernández comenta que a compreensão do fenômeno da ebriedade no começo do século XX foi possível pela internação nos espaços asilares das pessoas definidas como alcoólatras, cuja atenta observação permitiu aos psiquiatras estabelecer as relações entre ebriedade e loucura⁶²³.

Tanto no Brasil como Chile, o consumo de álcool foi inteligibilizado pela corporação terapêutica como uma prática viciosa das classes subalternas. Em sua produção discursiva como problema social, o consumo de álcool se expressará nos setores populares, constituindo um eixo explicativo dos diferentes desvios que

619 SANTOS, Fernando Sergio Dumas. *Alcoolismo: a invenção de uma doença*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, UNICAMP-IFCH, 1995. P. 73.

620 Ibid. P. 87.

621 SANTOS *et All*, Op. cit. P. 401.

622 Ibid. P. 402.

623 FERNANDEZ Labbé, Marcos. *Enfermedad y vicio: medicina, alcoholismo y patología social. Chile, 1870-1930*.

assolavam aquela camada social. No caso do Chile, Costa-Casaretto comenta que a questão do álcool aparece em trabalhos apresentados no Primeiro Congresso Médico Latino-americano, celebrado em Santiago, em 1901, de autoria dos médicos Isaac Ugarte Gutiérrez e Adeodato García Valenzuela⁶²⁴. A temática do álcool já tinha sido abordada por outros médicos nas décadas precedentes. Desde os primeiros escritos sobre a questão social, o psiquiatra Augusto Orrego Luco, reproduzindo a ideia dos médicos de sua época, dizia que a taberna junto ao lar dos pobres eram a causa principal de seu estado de precariedade⁶²⁵. Na *Revista Médica de Chile*, em 1879, o tesista de Medicina, Clotario Salamanca, comentava:

“basta observar a la lijera los hábitos de la clase proletaria del país para comprender lo arraigado que tienen el vicio de las bebidas alcohólicas. El espíritu de orden i previsión en la reunion de sus salarios no existe: todo lo pierden, lo derrochan, i em cambio, dejan a sus familias pereciendo del hambre i van a aumentar el número de habitantes de las prisiones, cárceles i hospitales”⁶²⁶.

Para Santos, as visões médicas sobre o uso do álcool estão inseridas em um processo em que as práticas cotidianas de muitos setores das classes populares passaram a ser interpretados cientificamente⁶²⁷. Segundo Adiala, a preocupação com as bebidas alcoólicas estava relacionada com seu consumo disseminado entre o proletariado e as camadas populares do Rio de Janeiro, grupos sociais associados a comportamentos considerados indesejáveis. As mesmas camadas enchiam as casas de detenção e os hospícios⁶²⁸. O médico Marcio Nery comentava, em 1893, que:

“sobretudo nas classes menos abastadas e que constituem a maior parte da população do Hospício Nacional de Alienados, é o alcoolismo o fator etiológico de mais valor. Substância tóxica que vai lentamente minando o organismo, o álcool em suas múltiplas formas, e tomado tanto em pequenas como em grandes libações, é que tem concorrido com o maior contingente de loucos e cardiopatas para as enfermarias do Hospício”⁶²⁹.

624 COSTA-CASARETTO, Claudio. El alcoholismo en Chile hace cien años. Notas Históricas, *Revista Médica de Chile*, Año 119, Nº 3, março de 1991. P. 361.

625 ORREGO, 1884, Op. cit..

626 SALAMANCA, Clotario. Efectos del Alcool. Memoria de Prueba para optar al grado de Licenciado en Medicina. *Revista Médica de Chile*. Tomo VII. 1878-1879. P. 304.

627 SANTOS *et All.* Op. cit. P. 406.

628 ADIALA, Op. Cit. P. 92.

629 NERI, Marcio. A loucura alcoólica e seu tratamento. *Brazil Médico*, Ano VII, 1893. P. 2.

No Chile, o pensamento operante no começo do século XX associa o uso do álcool às classes trabalhadoras (roto), pobreza, doença e crime. O quadro era colocado em oposição ao ideário laborioso da sociedade industrial:

“mientras viva el roto sumerjido en la ignorancia, bebiendo en la taberna o destrozándose a puñaladas, la familia, el pueblo, la ciudad, la sociedad entera tendrán que lamentar el crimen i la enfermedad, i los hombres de gobierno deberan contemplar, aunque no quieran, cuadros de miseria i decadencia moral; pero ellos mismos, penetrados de sus deberes, pongan remedio eficaz al alcoholismo i la borrachera, se sentirán por todas partes tambien músicas divinas: ruidos de fábricas i de martillos, pasar de locomotoras i cantos de obreros que van llenos de salud en pos de su trabajo. Entonces se respirará vida en todas partes i se dirá con arrogancia que la salud del pueblo es la salud de la República”⁶³⁰.

Santos comenta quanto ao Brasil - e podemos dizer o mesmo para o Chile - que a temática do alcoolismo abrangeu questões relacionadas à inserção dos indivíduos na sociedade industrial e nas formas de trabalho capitalista em processo de consolidação. O autor comenta que “para as classes dominantes, a medicalização dos costumes deveria preparar os indivíduos para as exigências advindas dos novos processos de trabalho capitalistas, atuando de forma a controlar costumes e práticas sociais e culturais”⁶³¹. Essa nova inteligibilidade desloca a visão que até então definia os alcoóis como alimento e como produtos terapêuticos.

3.1. Álcool: do alimento e terapêutica à degeneração

Até a segunda metade do século XIX, os diferentes alcoóis produzidos tanto pela fermentação quanto pela destilação eram considerados como alimento e lhes eram atribuídas diversas qualidades terapêuticas. Uma tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro⁶³² de 1880, dedicada à ação fisiológica e terapêutica dos alcoóis, ressalta a importância do álcool etílico para a medicina devido ao seu “papel importantissimo como um dos agentes medicamentosos que mais beneficios lhe têm prestado”⁶³³.

630 LABRA Carvajal, Armando. *La locura ebriosa considerada bajo el punto de vista médico-legal*. Santiago, 1910. P. 34.

631 SANTOS *et All*, Op. Cit. P. 413.

632 FMRJ de aqui em diante.

633 CARVALHO, Tito de Sá Macedo de. *Dos alcoólicos: sua ação fisiológica e terapêutica*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1880. P. 4.

Carvalho, por sua vez, expõe a visão do álcool como alimento na sua época, citando Robert Bentley Todd⁶³⁴, para o qual o álcool é “um alimento, um combustível da hematose, um estimulante do sistema nervoso e ao mesmo tempo um sedativo, moderador da temperatura, que combate e previne o delírio e traz ao doente um sono tranquilo e benéfico”. Ele discute essa afirmativa dizendo que além de suas qualidades como alimento, a medicação alcoólica tem suas indicações precisas, que dependem de um juízo prático e inteligente⁶³⁵.

O autor também enumera os usos terapêuticos dados ao álcool naquele momento: aplicações tópicas para os tratamentos de feridas, casos de câncer e inflamações das articulações, artrites gotosas e presença de furúnculos. Também comenta do seu uso como estimulante em casos de síncope, asfixias, hemorragias, debilidades de crianças e convalescência de doenças⁶³⁶; em casos de pneumonia, erisipela, tifo, febre tifoide, escarlatina, varíola, tétanos e para controlar o delírio da varíola. Faz apenas uma salvaguarda de que seu uso médico atente para possível “aparição da embriaguez”⁶³⁷, que deve ser evitada.

A tese demonstra a ação fisiológica do álcool sobre o tubo digestivo, nutrição, secreções urinárias, sangue, circulação, respiração e na calorificação do corpo. Nela se pode observar que a ideia dos fluxos de vapores no interior do corpo humano servia para explicar a chegada e absorção pelos pulmões do álcool, reduzido ao estado de vapor⁶³⁸. Carvalho engloba o conhecimento da teoria de Magnuss Huss (1849), discutindo a observação feita pelo médico sueco de ter encontrado uma cor escura no sangue dos indivíduos mortos por embriaguez e a presença de glóbulos grassos. Carvalho comenta que não é concluinte a ação do álcool no sangue e que não está demonstrada nenhuma modificação apreciável⁶³⁹.

No momento em que Carvalho define os ‘líquidos alcoólicos’ mais comuns da sua época, nomeia o vinho, a cerveja, a cidra e o absinto. Quando se refere à aguardente produzida pela destilação da cana de açúcar, comenta que é “um líquido extremadamente detestável e, em nosso país, o ópio da classe pobre em geral, e que

634 Robert Bentley Todd (1809-1860) era um médico irlandês.

635 CARVALHO, Op. Cit. P. 8.

636 Ibid. P. 25.

637 Ibid. P. 33.

638 Ibid. P. 10.

639 Ibid. P. 15.

comumente é nela a causa do alcoolismo, sob diversos nomes, laranginha, aguardente de Paraty, cachaça, etc.”⁶⁴⁰.

A ambiguidade a respeito do valor dado ao álcool no fim do século XIX no Chile aparece refletida em um tratado da medicina feito pelo médico higienista Federico Puga Borne. Na parte dedicada aos alimentos, integra a noção de ‘alimentos nervinos’ fornecida pelo médico italiano Paolo Mantegazza⁶⁴¹, grupo que integra o álcool e produtos como a erva-mate, folha de coca, café, tabaco e a cana-de-açúcar. Referindo-se ao valor higiênico do álcool, Puga comenta que:

“En nuestra civilizacion, donde hai tantas cosas artificiales, el estimulante artificial de las bebidas alcohólicas no puede ser condenado en absoluto. El uso moderado de este líquido, sobre todo en forma de bebidas fermentadas, alienta incontestablemente el vigor del hombre, tanto del obrero manual como del intelectual. Esta bebida causa sensaciones gratas, da atractivo a las comidas mas groseras, levanta las fuerzas momentáneamente, despierta la alegría i hasta hace olvidar la miseria i el pesar”⁶⁴².

Mas ao mesmo tempo Puga adverte que o uso excessivo do álcool produz alcoolismo. Ao descrever os efeitos sobre o sistema nervoso, diz que:

“Sobre el sistema nervioso produce la estimulacion, en seguida la perversion, desórden (ataxia), i por fin la depresion (anestesia). En pequeña dosis hace momentáneamente mas fácil, mas enérgico el ejercicio físico, ayuda el trabajo intelectual i en alto dosis trae siempre el desórden i la incoherencia”⁶⁴³.

Se o álcool em baixas doses é um alimento, grandes doses são “absolutamente tóxicas”, devido à:

“anemia los centros de la inervacion, pervierte i estinguen las funciones intelectuales (inconsciencia, insensibilidad); deprimen la circulacion i la respiracion; interrumpen la digestion; entorpecen i suspenden los cambios de la nutricion íntima, como consecuencia de lo cual sobrevienen el enfriamiento jeneral, la anhematosis i la coloracion cianótica del cutis”⁶⁴⁴.

640 Ibid. P. 35.

641 Paolo Mantegazza (1831-1910) foi um neurologista, fisiologista e antropólogo italiano que viajou pelo norte de Argentina no fim do século XIX, conhecendo assim o uso dado a erva mate e outros produtos da região. De volta a Itália investigou os efeitos anestésicos da cocaína em humanos.

642 PUGA, Op. cit. P. 495.

643 Ibid. P. 492.

644 Ibid. P. 493.

Assistimos assim a uma controvérsia da medicina higienista. No mesmo ano, uma tese de medicina intitulada *Alcoholismo y degeneración* tomava posição a respeito das qualidades alimentícias do álcool dizendo que: “El excesivo exclusivismo de los higienistas cae de por sí cuando uno se pregunta con ávida curiosidad o investiga atento el papel que ha venido a desempeñar el alcohol en la vida humana”⁶⁴⁵. A controvérsia acabou se resolvendo excluindo-se do álcool as propriedades nutricionais, consideradas existentes desde a medicina galênica até aquele momento.

Ao descrever a ação do álcool no organismo, Puga diz que ele afeta os glóbulos vermelhos, chegando inclusive a paralisar completamente suas funções, provocando com isso a ‘morte molecular’ de vários órgãos que se evidencia na “degeneracion grasosa de los tejidos”⁶⁴⁶. Os danos do álcool no organismo ocorrem nos aparelhos digestivo, circulatório e genital urinário, vinculando-os com a noção da degeneração⁶⁴⁷. Além disso, destaca que a repetição de altas doses de álcool gera alcoolismo crônico, que provoca sobre o sistema nervoso:

“Desórdenes intelectuales de diversas formas, dipsomanias, delirium tremens, locura alcohólica, caracterizada por el delirio de persecucion i las alucinaciones estrañas que casi siempre consisten en la vista de animales repugnantes o de figuras obcenas; el temblor, las anestias, i las parálisis alcohólicas que conducen fácilmente a la parálisis jeneral o reblandecimiento cerebral i a la demencia. Ciertos licores como el ajenojo parecen mas especialmente convulsivantes i traducen su accion por manifestaciones histeriformes o epileptiformes”⁶⁴⁸.

O tratado de Puga conceitua o álcool como inimigo da raça no Chile, feito pela corporação médica chilena em fim do século XIX. Junto à decadência descrita dos indivíduos, o autor acusa a decadência da raça, devido à herança alcoólatra:

“Los hijos de los borrachos nacen débiles, de una nerviosidad exajerada, algunas veces imbéciles, idiotas o cretinos; muchos son incapaces de vivir o mueren pronto, otros estan condenados a servir algun dia de presa de algun jénero de locura entre cuyas formas se encuentra una inclinacion enfermiza e irresistible a la bebida. Es mui probable que el raquitismo tambien sea una forma de herencia alcohólica”⁶⁴⁹.

645 VERGARA Flores, Luis. Alcoholismo y degeneración. *Revista Médica de Chile*, 1892, Tomo XX. P. 81-112, 129-160, 177-224. P. 81.

646 PUGA, Op. Cit. P.493.

647 Ibid. P. 496.

648 Ibid. P. 497.

649 Ibid. P. 497.

A conceituação dada pelo higienista Federico Puga reflete o estilo de pensamento na inteligibilização do álcool e da embriaguez que circula nas comunidades médicas das últimas décadas do século XIX. Trata-se de um novo olhar a respeito do uso de veículos de ebriedade, prática que vai ser lida no paradigma da degeneração de Morel e Magnan. Adiala comenta que no enquadramento dado pela psiquiatria francesa no percurso do século XIX, o alcoolismo estava incluso na categoria mais geral da ‘monomania’ definida por Esquirol. Das faculdades do cérebro definidas pelo alienista francês, inteligência, emoção e vontade, apenas esta última era afeta pela dipsomania. A doença representava uma forma de loucura instintiva que não afetaria nem a inteligência, nem a afetividade⁶⁵⁰. Mas depois da proposta de Magnan junto com Paul Garnier e M. Christian diante à *Société Médico-psychologique de Paris*, em 1888, de uma nova classificação centrada em uma ideia de um fundo degenerado geral para as doenças mentais, os indivíduos que antes eram considerados monomaníacos passaram a ser classificados como degenerados⁶⁵¹.

Ao mesmo tempo, no campo da medicina somática, o paradigma anatomopatológico predominante na medicina do século XIX fornece outra aproximação ao fenômeno da ebriedade com a análise da cirrose hepática. Nessa doença, o álcool é acusado como causa etiológica. Os vestígios da doença, encontrados fundamentalmente no estômago e no fígado, serão definidos como próprios de um processo degenerativo. No Chile, em 1873, inicia-se a relação das doenças hepáticas com o consumo do álcool. O médico Wenceslao Díaz afirmava que as doenças do fígado eram comuns no Chile pela abundância de casos de disenteria, a aridez do ambiente que exagera a evaporação pulmonar e cutânea, e pelos “excesos del régimen i de las bebidas alcohólicas”⁶⁵². No Brasil, Lage comenta, em uma tese de 1882 dedicada à cirrose atrofica de Laennec, que sua origem etiológica é o uso excessivo de álcool e que as autópsias feitas comprovam um “fígado cirrósado, atrofiado e granuloso”, bem como atrofia das células hepáticas. No percurso da doença, distingue complicação para os rins, diarreia profusa e moléstias finais como pneumonia, catarro, gastroenterites e hemorragia profunda. A morte final se produz pelos progressos da caquexia, que geram

650 ADIALA, Op. Cit. P. 115.

651 CARRARA, Sergio. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Eduerj-Edusp, Rio de Janeiro, 1998.

652 DÍAZ, Wenceslao. Geografía médica de Chile. Enfermedades reinantes en Chile, *Anales de la Universidad de Chile*, 1875.

um estado de miséria orgânica⁶⁵³. Outra tese médica do mesmo ano explica que entre as causas da cirrose junto à intoxicação etílica também está presente a contaminação pelo chumbo e o saturnismo crônico. O autor reconhece, apesar do álcool ser o principal agente etiológico da doença, a raridade de casos de cirroses hepáticas nos asilos de alienados. No Hospício Nacional, comenta que apenas existiam dois no percurso de 44 anos e no meio de 408 alienados alcoólicos que entraram naquele estabelecimento⁶⁵⁴.

A cirrose hepática encaminhará o estabelecimento da relação entre uma doença orgânica e o álcool. Ao mesmo tempo, convidava a visão médica, muito interessada na época pelos problemas fisiológicos, a tentar entender o agir do álcool no interior do corpo, com o seu contato com os órgãos e as células. As descrições dos órgãos acusam severos casos de degeneração dos tecidos e das células. Desta forma, nas teses de medicina dedicadas ao problema do alcoolismo, o objeto estudado descreve primeiro o efeito do álcool nos aparelhos (circulatório, respiratório e genital, fundamentalmente) e nos órgãos (fígado, rins, pulmões, coração), para depois passar aos efeitos do álcool sobre o sistema nervoso.

A configuração do uso de bebidas alcoólicas como doença no Chile aparece nos primeiros anos da RMCh. Uma tese publicada em 1879, reproduzida no jornal, do médico Clotario Salamanca, comenta que o álcool:

“envenena las fuentes mas puras de la vida, destruye la intelijencia i el sentido moral, pervierte los instintos, dejenera las razas, i llegando la intoxicacion crónica a su última evolucion, produce la demencia i la parálisis jeneral, estando en relacion estos dos modos de terminacion, el primero con la dejeneracion grasosa i el segundo con la esclerosis difusa de los centros nerviosos”⁶⁵⁵.

Entretanto, Salamanca também reconhece usos medicinais do álcool nos casos de dispepsia, como antiemético em grávidas, nas febres na pneumonia e como moderador do calor e vômitos dos tísicos⁶⁵⁶.

A explicação dada por Salamanca (1879) enxerga a questão do álcool a partir de uma perspectiva organicista, articulando-o com uma etiologia que evidencia um conhecimento que vincula tanto localizações como observações comportamentais. A

653 LAGE, Lindolpho Ferreira. *Cirrhose Hepatica*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1882. P. 31.

654 CRUZ, Manuel José da. *Cirrhose Hepathica*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1882.

655 SALAMANCA, Op. cit. P. 302.

656 Ibid. P. 360.

dimensão físico-moral não chega a estabelecer correlações funcionais, e tampouco abrange evidências clínicas. O autor explica a fisiologia do álcool dizendo que:

“el vino produce un suave calor que desde el estómago parece irradiarse desde luego a todo el plexo solar; la excitación casi inmediata del apetito, de la circulación i de las fuerzas musculares, la estimulación de los hemisferios cerebrales, excitando las ideas alegres, la expansion, la sociabilidad, pudiendo llegar, pasando los límites hijiénicos, a la locuacidad, al delirio, al coma, recorriendo todos los grados de la borrachera”⁶⁵⁷.

As referências de Salamanca reúnem, entre outros autores, François Magendie⁶⁵⁸, que propõe que o álcool entraria no fígado pela veia porta; Claude Bernard⁶⁵⁹, que demonstrou que o álcool tem uma ação diferente do éter, devido à ativação e precipitação da digestão; e discute a tese de Lallemand, Perriæ e Duroy (1861)⁶⁶⁰ de que o álcool sofre transformações diversas no interior do corpo, formando parte do sangue, e depois sai do organismo através de “combinações secundárias”. Salamanca diz que, ao contrário, o álcool:

“permanece en la sangre en naturaleza, es arrojado en naturaleza fuera de la economía, no sufre ninguna transformación, no forma ningún producto de oxidación, se acumula en ciertos órganos i trae efectos tóxicos, pudiendo llegar a ser mortales”⁶⁶¹.

Salamanca considera a possibilidade de uma acumulação do álcool no organismo, noção que vai ter futuros desdobramentos, e conclui que o álcool é “un modificador del sistema nervioso, obrando a débil dosis como escitante, i a dosis elevadas como estupefaciente”⁶⁶².

Em 1897, é publicado no *Brazil Médico* o artigo de Magnan *Da dipsomania*, no qual explica a diferenciação que estabelece entre o alcoolismo e a dipsomania. Segundo o alienista francês, trata-se de duas entidades mórbidas diferentes. A segunda representa,

657 Ibid. P. 307.

658 François Magendie (1783-1855) foi um médico francês que fundou, em 1830, o primeiro laboratório de fisiologia na França. Interessado em pesquisas anatômicas, cirurgia e fisiologia, também foi médico adjunto na Salpêtrière (1826). Em 1821, editou o primeiro número de *Journal de Physiologie Expérimentale*. Entre as suas obras destacam *Précis élémentaire de physiologie*, Paris, L'Imprimerie de Cellot (1816) e *Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux* (1839).

659 O primeiro trabalho de Claude Bernard que abordou o tema do alcoolismo foi *Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses* (1857).

660 Lallemand, Duroy, Perrier. *Effetti dell'alcool e degli anestetici sull'organismo*. Em *Annali di chimica applicata alla medicina cioè alla farmacia, alla tossicologia, all'igiene, alla fisiologia, alla patologia e alla terapeutica*, 1861:dic., 1, fasc. 6, serie 3, vol. 33.

661 SALAMANCA, Op. cit. P. 359.

662 Ibid. P. 359.

na sua conceituação, uma força irresistível que implica a aniquilação da vontade e que faz emergir as síndromes da degeneração hereditária. Consiste em “um apetite irresistível, paroxístico, para as bebidas alcoólicas, apresentando o mesmo conjunto de caracteres que todos os síndromes episódicos pelos quais se manifesta a degeneração mental hereditária”⁶⁶³.

O interesse pela ação fisiológica do álcool vai ser um foco importante na patologização da ebriedade. As teses desenvolvidas na época visam considerar nos seus primeiros capítulos os efeitos do álcool sobre o organismo, interesse mobilizado pelo amplo campo de pesquisas desenvolvido fundamentalmente na França na mesma época. Já a tese de Carvalho, de 1880, demonstra que os ensaios fisiológicos a respeito do uso do álcool eram conhecidos e discutidos. Analisando a absorção e eliminação dos alcoóis, Carvalho discute a controvérsia a respeito da oxidação do álcool na circulação sanguínea e a busca de produtos como aldeídos e ácido acético nas pesquisas. Comenta que os ensaios feitos por Lallemand, Perriac e Duroy (1861) são incompletos, não tendo conseguido demonstrar a eliminação total do álcool empregado e estabelecido uma equação entre o álcool ingerido e o encontrado nas secreções⁶⁶⁴. Carvalho diz que os autores citados atribuem ao álcool uma ação direta e “puramente dinamica” através do sangue, “comparável á que se admite para explicar a acção de quase todos os principios medicamentosos e toxicos”⁶⁶⁵.

A respeito das modificações que o álcool produz no sistema nervoso, Carvalho comenta que estão determinadas pelas circunstâncias individuais, o grau de concentração e a qualidade e quantidade do líquido ingerido. “Em poucas doses o álcool é excitante do sistema nervoso. Em doses excessivas, dá lugar a acidentes mais ou menos graves, que constituem os fenômenos da embriaguez”⁶⁶⁶. Para explicá-la, o médico recorre à definição dada pelo médico e farmacologista francês Adolphe Marie Gubler, que divide em três os períodos da embriaguez: embriaguez ligeira, embriaguez confirmada, e embriaguez comatosa ou apoplética. Nessa última, desaparece a inteligência, a sensibilidade e a motilidade⁶⁶⁷.

663 Magnan, Valentin. Da dipsomania. *Brazil Médico*, 1892. P. 68.

664 CARVALHO, Op. Cit. P.18.

665 Ibid. P. 23.

666 Ibid. P. 21.

667 O médico e farmacologista francês Adolphe Marie Gubler (1821-1879) trabalhou o tema da embriaguez em uma tese, em 1853, intitulada *Établir d'après les faits cliniques et nécroscopiques jusqu'ici connus, la Théorie la plus rationnelle de la cirrhose, Thèse d'agrégation* (Paris, Thunot, 1853). Publicou várias pesquisas e sua obra mais conhecida foi traduzida ao espanhol em 1878 com o título *Lecciones de terapéutica*, recopiladas y publicadas por el Dr. F. Leblanch, versión española de Amalio Gimeno Cabañas (Madrid, Moya y Plaza, 1878).

Ao explicar a localização da ação do álcool, Carvalho cita o higienista francês Michél Levy, estabelecendo que a influência do álcool age sobre o encéfalo⁶⁶⁸. Adiciona que a influência do álcool também se dá na medula e na cauda de cavalo (a cauda equina da medula espinhal), o que implica a ação sobre o bulbo, que preside as funções da respiração e circulação, segundo comenta Carvalho. Dessa forma, afirma que os cordões posteriores do cérebro sofrem em primeiro lugar a ação do álcool, antes dos cordões anteriores⁶⁶⁹. Cita também Bernard (1858), que atribuía uma ação direta do álcool sobre o sistema nervoso, chamando a atenção para o estado da circulação cerebral, “cujas modificações são acidentes que acompanham a embriaguez sem a constituir”. Tampouco acredita que “as modificações da circulação cerebral possam exercer influencia na produção de phenomenos da embriaguez”. Diz que Bernard faz uma explicação direta da ação do álcool sobre o sistema nervoso, a qual supõe que “se trata de uma alteração físico-química passageira, uma semicoagulação da célula nervosa, demorando-se o tempo necessario para a eliminação do alcool”⁶⁷⁰.

Com Carvalho assistimos a um olhar voltado para a localização das influências do álcool sobre o cérebro, delimitando os órgãos comprometidos, levando em consideração as pesquisas fisiológicas que começavam a se concentrar na ação do álcool sobre as células. No tocante ao abuso dos ‘licores espirituosos’, Carvalho comenta que provoca irritação constante no tubo intestinal e é causa de grande número das infecções desse aparelho: “O amolecimento da mucosa do estomago e a sua friabilidade. A hipertrofia e degenerescência granulo-gordurosa; a ulceração simples deste órgão e o cancro são as lesões que provoca aos que fazem uso frequente das bebidas alcoólicas”⁶⁷¹.

Em Santiago, uma tese de Medicina intitulada *Alcoholismo inveterado como causa de dejeneracion hereditaria*, publicada em 1898, evidencia um percurso parecido, mas abandonando totalmente a noção dos alcoóis como alimento ou como terapêutica. A tese de Moises Loyns se inicia tratando dos efeitos fisiológicos do álcool em um nível molecular: Explica a transformação do álcool em ácido acético, descrevendo o processo de absorção do álcool pelo organismo, entrando em contato com os glóbulos vermelhos que provocam a sua acetificação, seguida pela formação de acetatos e, posteriormente,

668 Michél Levy (1809-1872) foi um higienista francês que fez um *Tratado de hygiene publica e privada*, publicado em Paris em 1879. CARVALHO, Tito de Sá Macedo de. *Dos alcoólicos: sua ação fisiológica e terapêutica*. FMRJ, Rio de Janeiro, 1880. P. 23.

669 CARVALHO, Op. cit. P. 25.

670 Ibid. P. 23 e 24.

671 Ibid. P. 28.

de carbonatos. Também engloba ensaios dedicados a quantificar doses fatais de ingestão de álcool em animais. Citando Lalleman, Perrin e Duroy (1861), Loyns hipotetiza que o órgão que concentra mais álcool é o cérebro, especialmente nas serosidades e nos ventrículos⁶⁷². Logo, detalha a ação do álcool sobre diferentes órgãos do corpo e diz que o sistema nervoso é o mais afetado pela bebida:

“De todos los sistemas, el nervioso es el principalmente afectado por el alcohol. Su acción se traduce por una excitación variable en intensidad i duración, según la dosis ingerida, esta excitación es seguida de una depresión mas o menos marcada. En pequeña cantidad, obra sobre los centros psíquicos, determinando la exaltación funcional de ellos: hai hiperideacion locuaz, extraordinaria i clara”⁶⁷³.

O médico vincula o agir orgânico do álcool às faculdades da vontade e do juízo, evidenciando um alvo de pesquisa muito interessado em determinar esta relação para a explicação dos fenômenos decorrentes do uso de substâncias, as quais têm efeitos sobre a sensibilidade. O médico diz que o período de exaltação funcional de alguns órgãos está constituído pela “parálisis de de los centros frenadores i de la conciencia i por la semiparálisis de la voluntad i del juicio”⁶⁷⁴. Baseia sua afirmação em experimentos feitos com cachorros que provocaram paralisia cerebral pelo aumento na dose de álcool. Comenta que isso provoca o desligamento dos centros de ideação do cérebro paulatinamente até a paralisia. Adverte que, se a intoxicação é mais intensa: “sobreviene un estado comatoso o apopléctico, a veces eclámpico. A esto sigue la muerte por parálisis del bulbo, del pneumogástrico, de los ganglios automotores i alteraciones de la vida elemental”⁶⁷⁵.

Referindo-se à afirmação de Bernard (1858) que atribui os problemas da embriaguez a perturbações circulatórias, Loyns diz que, no final, as células perdem vitalidade pela degeneração gordurosa, o que provoca a lentidão dos movimentos das pessoas afetadas pelo álcool:

“Sea cual fuere esa acción, la verdad es que la intoxicacion llevada al estado crónico produce una irritacion del tejido conjuntivo i una degeneracion granulo grasosa, una pérdida de

672 LOYNS Cerda, Moises. *Alcoholismo inveterado como causa de dejeneracion hereditaria*. Memoria para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia. Imprenta San Buenaventura, Santiago, 1898. P. 6.

673 Ibid. P. 10.

674 Ibid. P. 11.

675 Ibid. P. 12.

la vitalidad de las células i con esto todas las funciones del organismo se ejercen con gran lentitud”⁶⁷⁶.

Nos capítulos seguintes, entra no tema da degeneração, que opera tanto como um processo que acontece no corpo dos alcoólatras como na sua descendência. Depois de descrever os efeitos no organismo do álcool, afirma que, nos descendentes dos alcoólatras, evidencia-se:

“deformaciones físicas i transtornos patológicos variados que revisten siempre una gravedad extrema (...) La herencia no siempre es funesta, pues algunos hijos de estos desgraciados permanecen inmunes, otros tienen solamente inclinación hacia la bebida, i los hai por fin que presentan los caracteres mas salientes de dejeneracion”⁶⁷⁷.

Loyns reproduz a noção da degeneração como um *continuum* que conecta diferentes doenças mentais, as quais deixam estigmas físicos. Cita Morel e Magnan para dizer que, entre os alcoólatras, há alguns que tem:

“la vida intelectual es prematuramente comprometida i abolida; con motivo de enfermedades agudas sobrevenidas en la infancia o en la pubertad, dice, accidentes cerebrales estallan i los individuos llegan rápidamente a un estado vecino al idiotismo i son en adelante incurables o desequilibrado que se entregan frecuentemente al libetinaje i al vicio. La intelijencia de estos individuos jamas ha sido desarrollada i recorriendo sus antecedentes se hallan signos de dejeneracion mental o estigmas físicos de este estado la imbecilidad i el idiotismo son el último término”⁶⁷⁸.

A tese demonstra que no final do século XIX, a determinação do uso de álcool como doença é um tema em aberto. Embora observemos um movimento discursivo novo da corporação terapêutica, que torna objeto de sua intervenção os estados de ebriedade, é possível observar as controvérsias a respeito do modo como o álcool age na fisiologia dos corpos. De qualquer forma, a inteligibilidade da degeneração enquadra a discussão médica do fenômeno.

Na mesma época, no Brasil, uma tese de medicina também relacionava a degeneração com o alcoolismo, tendo como base teórica os trabalhos de Magnus Huss,

676 Ibid. P. 2.

677Ibid. P. 31.

678 Ibid. P. 32.

Étienne Lancereaux⁶⁷⁹ e Paul Maurice Legrain⁶⁸⁰. Intitulada *Do alcoolismo como causa da degeneração*, a tese de Jonathas Pedrosa também participa da circulação dos ensaios de Magnan com absinto no Brasil. Citando o livro do alienista francês, *Recherches sur les centres nerveux*, Pedrosa comenta que os diferentes alcoóis têm uma ação progressivamente mais tóxica à medida que sua composição atômica torna-se mais complexa, colocando como exemplo o absinto, utilizado por Magnan para seus ensaios com animais⁶⁸¹. Segundo Pedrosa, o degenerado é “sob o ponto de vista physico e psychico em desequilibrado, um irregular, um asymetrico”⁶⁸².

Pedrosa enumera uma grande quantidade de lesões anatomopatológicas, descritas por Lancereaux (1878), produto do uso de álcool, que provoca efeitos sobre os aparelhos digestivo, respiratório, genital urinário e circulatório⁶⁸³. A respeito do aparelho nervoso, descreve alterações inflamatórias crônicas das meninges e “dos processos atrophicos da casca cerebral”⁶⁸⁴. Comenta que as lesões se deixam perceber pelo microscópio, apresentando-se “grânulos acinzentados amarelados com aparência de pequenos glóbulos de gordura” nas células. Também diz que aparecem lesões no encéfalo, na periferia do cérebro, nos corpos estriados, no tálamo óptico e na medula, que “consistem em escleroses de seus elementos ou degeneração dos mesmos”⁶⁸⁵. Ao observar as desordens provocadas pela embriaguez no sistema nervoso periférico, dá visibilidade à controvérsia a respeito da origem destas desordens, o que impede pronunciar-se sobre as alterações dos neurônios ou dos elementos nervosos que constituem as fibras periféricas, mas afirma que “a degeneração das fibras nervosas periféricas estende-se aos feixes medulares, trazendo as desordens características daquele centro nervoso”⁶⁸⁶. Comenta que, tanto no alcoolismo crônico como na paralisia geral progressiva, as lesões do encéfalo e da medula são palpáveis⁶⁸⁷. Numa citação a Magnan, explica que os estados de degeneração “são devidos a parada de

679 Étienne Lancereaux (1829-1910) foi um médico francês que publicou *De l'Alcoolisme et de ses conséquences au point de vue de l'état physique, intellectuel et moral des populations* (1878), obra na qual distingue o alcoolismo adquirido do hereditário. Também se debruçou na pesquisa da sífilis e formulou a origem pancreática da diabetes. Publicou, em 1875, o *Traité de Pathologie*, baseado em observações anatomopatológicas. Esse mesmo ano chegou a ser presidente da Academia de Medicina de Paris.

680 Paul Maurice Legrain (1860-1939) foi um médico francês que publicou *L'hérédité et alcoolisme e Dégénérescence sociale et alcoolisme*, livro prologado por Magnan. Legrain descreveu 814 descendentes de alcoólatras provenientes de 215 famílias e diz ter constatado que um 42% eram alcoólatras, 60% degenerados, 13% loucos morais, 22% tinham convulsões, 20% histéricos ou epiléticos, 19% sofriam de alienação mental e 93 morreram tuberculosos.

681 PEDROSA, Jonathas. *Do alcoolismo como causa da degeneração*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1900. P. 10.

682 Ibid. P. 57.

683 Ibid. P. 11.

684 Ibid. P. 16.

685 Ibid.

686 Ibid. P. 20.

687 Ibid. P. 7.

desenvolvimento ou funcionamento patológico dos diversos centros cerebrais e medulares. Falta de equilíbrio funcional dos centros do córtex ou da medula que apresentam-se inibidos ou em estado de erethismo”⁶⁸⁸. No momento de conceituar a degeneração psíquica e física, discute o conceito proposto por Morel, e aceita a proposta de Magnan e Legrain em *Les dégénérés*, formulando que o estado patológico:

“é constitucionalmente enfraquecido em sua resistencia psychophysica e não realiza senão incompletamente as condições biologicas da luta hereditaria pela vida. Este enfraquecimento que se traduz por estigmas permanentes é essencialmente progressivo, salvo regeneração intercurrente, quando esta não se realisa, dá-se mais ou menos o aniquilamento da especie”⁶⁸⁹.

Pedrosa considera as afirmações de Lancereaux (1878) e Legrain (1895) a respeito da influência do álcool na descendência, mas como não tem fatos concretos para apresentar, amplia o campo de possibilidade dos fenômenos produzidos pelo álcool na hereditariedade, desde as susceptibilidades até danos importantes no encéfalo:

“aqueles efeitos do alcoolismo são de muitas ordens e podem ser uma suscetibilidade nervosa excessiva, excitabilidade reflexa anormal, uma império da necessidade por líquidos fermentados num momento da vida. Outras vezes podem ser por lesões sobre o sistema nervoso central que acontecem no período embrionário modificando elementos importantes que constituíram depois o centro cérebro espinal, provocando malformações do encéfalo”⁶⁹⁰.

Na figura do degenerado descrita, apresentam-se estigmas psíquicos que corroboram os desequilíbrios funcionais e a falta de harmonia dos diversos centros que presidem os atos psíquicos deles. Citando Magnan e Legrain, comenta que:

“se fosse possível representar a conformação cerebral deste tipo mórbido, se pode conceber o cérebro como constituído por uma serie de saliências de volume, representando os diversos centros normais exageradamente desenvolvidos, separados aqui e acolá um dos outros, por lacunas, verdadeiras pedras de substancia indicando o lugar dos centros atrophiados em seu

688 Eretismo corresponde ao estado de excitação próprio da intoxicação por mercúrio, no qual o paciente apresenta quadro neurológico com delírios e descoordenação motora. PEDROSA, Op. cit. P. 57.

689 Ibid. P. 50.

690 Ibid. P. 51.

desenvolvimento normal; E' bem assim que nos aparece clinicamente o degenerado"⁶⁹¹.

Essa falta de equilíbrio funcional pode explicar também o velho problema para os alienistas da relação entre genialidade e loucura. Magnan responde a esse ponto inteligibilizando os 'degenerados superiores' como degenerados com um exagerado desenvolvimento das faculdades. Nesses indivíduos, as faculdades superiores estariam afetadas por um desequilíbrio funcional, que se expressa em volubilidade de caráter, fraqueza da vontade e ausência de sentimentos. Dessa forma, a categoria da degeneração integral não apenas os idiotas, os alienados e os descendentes dos alcoólatras, mas também permite explicar tanto as personalidades extravagantes, estouvadas e excêntricas, quanto os desequilibrados emotivos, que seriam afetados por uma suscetibilidade extraordinária. Todos esses indivíduos são variedades de uma só modalidade psicopática, aparências que ocultam uma só individualidade que as integra numa origem etiológica e numa determinação: o degenerado⁶⁹².

Uma tese de medicina intitulada *Gangrena Social* (1904) comenta que "o filho de um alcoolomano é um degenerado, é um organismo predestinado a molestias, é um ser que vem ao mundo em condições de inferioridade fisiológica, é um intoxicado pela intemperança dos seus progenitores"⁶⁹³.

Segundo Santos, no Brasil em princípios do século XX, o alcoolismo já era considerado como uma doença dos nervos, ou uma nervopatia. Santos destaca que passou a ser conhecido como uma nevrite, com o sufixo 'ite', ou seja, indicando uma inflamação, uma infecção dos nervos. As múltiplas lesões identificadas ao problema transformavam-no, muitas vezes, em polinevrites"⁶⁹⁴.

Na primeira década do século XX, o interesse na explicação do alcoolismo arranja novas técnicas, desenvolvidas a partir da coloração das células com compostos químicos. Aproveitando as novas profundidades abertas à visão médica no campo da histologia e da anatomia patológica, possibilitadas pelo desenvolvimento dos microscópios, insiste-se em encontrar o mecanismo de ação do álcool e poder determinar com exatidão as lesões orgânicas que produz em nível celular. Ao mesmo tempo, padronizam-se procedimentos para os discursos científicos, complexificando os

691 Ibid. P. 57.

692 Ibid. P. 62.

693 BANDEIRA, Artur Alves *Gangrena social*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1904. P. 5.

694 SANTOS *et All.* P. 418.

regimes de verossimilhança. Um artigo do psiquiatra argentino José T. Borda⁶⁹⁵, apresentado no IV Congresso Médico Latino-Americano em 1909 e publicado nos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*⁶⁹⁶, divulga a busca por lesões orgânicas específicas nas diferentes segmentações dadas ao uso de álcool na primeira metade do século XIX, procurando corroborar fatos já descritos por outros cientistas. O texto aborda a produção e circulação do conhecimento na América Latina que tenta entrar em diálogo com a produção científica mundial. Borda também relaciona sintomas descritos do alcoolismo, como o delírio e as alucinações, a um substrato orgânico.

Os estudos de Borda fazem parte das pesquisas de anatomia patológica. O psiquiatra extraiu o cérebro de 29 pessoas poucas horas após a morte com diagnósticos associados ao uso de bebidas alcoólicas no Hospital de las Mercedes de Buenos Aires⁶⁹⁷. Em seguida, fixou-os em formol e parafina e os levou para o Laboratório do hospital para submeter as células cerebrais ao método de coloração de Nissl-Senhoseck⁶⁹⁸ e de Van Gieson com hematoxilina⁶⁹⁹. Os padrões de verificação de Borda tentam determinar na análise das células cromatolysis, variedades que são divididas em rarefação (diminuição do número e tamanho das granulações de Nissl), fusão granulosa (granulações protoplasmáticas que dão ao conjunto da célula um aspecto uniformemente purulento) e dissolução cromática (os corpúsculos de Nissl torna-se de uma coloração uniforme)⁷⁰⁰.

Borda observou a rarefação em todos os casos, ocorrendo acromatoses completas em alguns. As lesões encontradas corresponderiam não só ao uso do álcool, mas também ao uso de qualquer agente tóxico:

695 José T. Borda (1869-1936) foi o terceiro professor titular da cadeira de Clínica Psiquiátrica de Buenos Aires (1922-1930) e médico interno do Hospital de las Mercedes de Buenos Aires. Interessou-se por vários aspectos das doenças mentais, publicando artigos como *Parálisis general progresiva y Topografía de los núcleos grises de los segmentos medulares del hombre*. Em 1922, finalizou uma classificação das doenças mentais para Argentina. Ver <http://divulgacion.famaf.unc.edu.ar/?q=ameghino/borda-jos%C3%A9-tiburcio>

696 BORDA, José T. Contribución al estudio de las alteraciones celulares de los centros nerviosos en las formas graves de la psicosis alcoholica. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Ano III, N° Especial do IV Congresso Médico Latino-Americano, 1909.

697 Os casos descritos são de *delirium tremens* (8), delírio agudo crônico (7), psicoses polineuríticas (enfermidade de Korsakoff) (1), mania alcoólica prolongada (3), demência alcoólica (falecimento brusco por síncope cardíaco) (1).

698 Trata-se de uma coloração com tionina desenvolvida pelo neurologista alemão Franz Nissl (1860-1919). A coloração de Nissl é comumente utilizada na coloração de secções de tecido nervoso, usando os corantes azul de toluidina ou violeta de cresilo. Nissl popularizou a punção lombar e fez consideráveis trabalhos em neurohistologia. Um tratado publicado entre 1906 e 1918 junto a Alois Alzheimer é intitulado *Histologische und Histopatologische Arbeiten über die Grosshirnrinde*.

699 A coloração com hematoxilina foi desenvolvida em 1889 pelo neurologista norteamericano Ira Van Gieson (1866-1913).

700 BORDA, Op. Cit. P.359.

“Estos dos tipos de alteraciones son considerados por los autores como formando parte de las variedades del proceso anátomo patológico que se desarrolla a consecuencia de una intoxicación crónica, sea cual fuere la naturaleza del agente tóxico (alcohol, plomo, morfina, etc.), es decir, que dichas lesiones pertenecerían a la categoría de las lesiones crónicas”⁷⁰¹.

No caso do alcoolismo crônico, Borda explica a origem dos delírios manifestados nos pacientes devido a ‘produtos autotóxicos’ produzidos pelo próprio corpo dos que tiveram uma ingestão contínua de álcool. Isso faz com que divida as lesões corticais celulares que observou em lesões crônicas dependentes da intoxicação crônica alcoólatra (atrofia celular, rarefação das granulações de Nissl, opacidade do núcleo das células) e lesões agudas, relacionadas com fenômenos agudos de intoxicação que clinicamente se tem manifestado por sintomas cerebrais graves (estado globuloso do corpo celular, estado purulento das granulações cromáticas ou estados de coloração pálida o uniforme). O psiquiatra diz que isso confirma que:

“alteraciones que, bajo la influencia de circunstancias múltiples y variables, darían lugar á la formación, en el organismo, de productos autotóxicos que, obrando sobre los centros nerviosos (en estado de receptividad especial dependiente de lesiones preexistentes) provocarían, por un lado, las lesiones agudas cerebrales y por otro lado el delirio y los demás síntomas clínicos”⁷⁰².

No artigo, Borda também relaciona os sintomas experimentados nos alcoólatras com um substrato orgânico que explicaria as alucinações. Cita trabalhos que atentaram às lesões nos centros corticais visuais nos delírios alcoólicos, formulando hipóteses de que isto poderia explicar as alucinações na visão. O psiquiatra argentino chama a atenção para o predomínio das células com núcleo opaco nas regiões occipital e temporal do cérebro, observado por ele em quatro casos de *delirium tremens*, três de delírio agudo alcoólico e um de mania alcoólica. O fato justificaria a mesma hipótese, segundo Borda, “no sólo respecto al centro cortical visual, sino respecto al auditivo, pues sabido es que las alucinaciones del oído son bastante frecuentes en el alcoholismo”⁷⁰³.

701 Ibid. P. 384.

702 Ibid. P. 386.

703 Ibid. P. 384.

As conclusões de Borda reconhecem não encontrar lesões exclusivas para as diferentes formas psicopatológicas do alcoolismo. A respeito das lesões celulares, o psiquiatra diz ter encontrado um caráter crônico (atrofia celular, rarefação das granulações protoplasmáticas de Nissl, opacidade do núcleo celular) e um agudo (tumefação das células com dissolução cromática central e núcleo periférico, o estado purulento das granulações cromáticas), observados por Borda nas células motrizes do córtex cerebral e nas células da medula, fundamentalmente estados de opacidade do núcleo celular. Também diz ter encontrado em quase todos os casos, fundamentalmente nas regiões temporais e occipitais. Comenta que a acromatose celular pode estar vinculada a um processo agudo de alteração ou a um processo crônico e que pode dominar todo o quadro anatomopatológico⁷⁰⁴.

A respeito da localização das lesões celulares, estas foram encontradas no cerebelo, bulbo e medula, embora fossem insignificantes em alguns casos. O psiquiatra conclui que “la frecuencia de las alteraciones viscerales, que se encuentran en el alcoholismo, justifica el rol que se les atribuye en la patogenia de las lesiones celulares agudas y de los accidentes cerebrales”⁷⁰⁵.

Em 1925, o psiquiatra Aduino Botelho publica as conclusões de um estudo feito no Hospital de Alienados que aborda os efeitos na evolução de doenças mentais e de punções para modular a pressão do líquido cefalorraquidiano (que chamam também liquor). Botelho diz que, trabalhando há 10 anos com Henrique Roxo, punçionaram centenas de pacientes preocupando-se em evidenciar a influência dessas punções sobre “a evolução dos estados mentais”⁷⁰⁶. A publicação não é apresentada como os resultados de experimentos, mas como conclusões de observações feitas por longo tempo na Clínica Psiquiátrica e no Hospital de Alienados. Botelho outorga importância aos aparelhos e as técnicas de punção, dando conta do aprimoramento das técnicas de intervenção psiquiátrica, que vão constituindo seu regime de verificação. A respeito dos aparelhos, o psiquiatra ressalta que, dos vários deles existentes na época para medir a pressão do liquor, prefere um artefato desenhado pelo médico Vieira de Moraes, que fora chefe do laboratório da Clínica Psiquiátrica em 1911, e o manômetro de Claude Bernard⁷⁰⁷. Ao detalhar o método de punção, descreve que tem que ser feita na altura da coluna vertebral entre a quarta e quinta vértebras lombares, mantendo o indivíduo

704 Ibid. P. 388.

705 Ibid. P. 390.

706 BOTELHO, Aduino. *Pressão do Liquor nas Doenças Mentais*. Revista dos Tribunaes, Rio de Janeiro, 1925. P. 2.

707 Ibid. P. 26.

assentado com a cabeça flexionada sobre o peito. Retirando liquor através dos aparelhos modula a pressão do líquido cefalorraquidiano⁷⁰⁸.

Botelho cita também as experiências de Capelletti com cães para o estudo do fluxo do líquido cefalorraquidiano sob a influência de medicamentos como o éter e a pilocarpina, que aceleravam a produção de liquor; e de atropina e hiosciamina, que o diminuía. O alvo era demonstrar a função secretora do liquor⁷⁰⁹.

A respeito do alcoolismo, o psiquiatra comenta que as coisas devem se passar de maneira semelhante. Diz que “pode-se encontrar alcool no liquor e tambem com uma serie de productos nocivos inculcados causadores de psychoses auto e hetero toxicas”⁷¹⁰. No caso de alcoolismo agudo, diz que na maioria dos casos foi encontrado um aumento da pressão do liquor (Vieira de Moraes, Claude, Porack, Rouillard). Cita experimentos feitos por Vieira de Moraes, que examinaram 8 casos de alcoolismo, constatando que a tensão do liquor aumenta mais com os estados de excitação. Mas, em contraposição dos experimentos citados, Botelho diz que em 20 casos de alcoolismo de forma aguda, usados como corpos experimentais entre 1 e 4 dias após o motivo agudo da internação, verificou-se que raramente havia hipertensão do liquor. Apenas acharam em 2 pacientes (9,5% dos casos) pressão acima de 45 cm. A pressão nos outros oscilava entre 25 e 39 cm⁷¹¹.

Os casos de alcoolismo agudo considerados aparecem quase simultaneamente no sangue e no liquor, tendo maior concentração neste último⁷¹². Salienta que entre 3 e 5 horas o álcool desaparece, para se tornar de todo ausente nas 24 horas. Cita ensaio de Finkelburg com cães narcotizados (1904), que demonstra que a introdução de álcool no estômago provocava depois de 15 a 20 minutos um aumento da pressão do liquor, que se mantinha estável por umas horas e depois caía⁷¹³. Também reconhece estranheza a respeito dos alcoolistas delirantes nos quais não se encontra álcool no liquor 24 horas após a ingestão. Desta forma, cita as pesquisas de Schumm e Fleischmann, que descreveram o *delirium tremens* como um *phenomeno de abstinência* (1913) ao analisarem a pressão do liquor, e mudaram a percepção de que o quadro era provocado por acúmulo de álcool no liquor. No final do artigo, Botelho mantinha a grande interrogante a respeito da patologização da embriaguez: “No entanto, que explicação se

708 Ibid. P. 27.

709 Ibid. P. 2.

710 Ibid. P. 15.

711 Ibid. P. 70.

712 Ibid. P. 71.

713 Ibid.

dará para os indivíduos que deliram quando bebem e continuam a delirar alguns dias depois de deixarem a bebida? Excitação toxica da cellula nervosa? Sensibilização?”⁷¹⁴.

O psiquiatra brasileiro Henrique Roxo, no seu *Manual de Psychiatria* (1925), explicava a fisiologia da ação do álcool como absorvida pelo estômago e pelo intestino, órgãos onde entraria para o sangue. Conforme a miopragia individual, sua ação seguinte será sobre o fígado, os rins e o cérebro⁷¹⁵. Entre os órgãos afetados diz que sob o ponto de vista da anatomia patológica, o alcoolismo atinge o coração, vasos, fígado, sangue, rins, mucosa gastrointestinal e o sistema nervoso⁷¹⁶.

Roxo comenta que as células nervosas se deixam impregnar facilmente pelo álcool, que depois seria eliminado pelos pulmões e pela pele. O líquido também “sofre combustões, transformações várias, ficando em parte no sangue, comprometendo a nutrição e irradiando sob a forma de vapores pelo cérebro todo”⁷¹⁷. Roxo diz que essa impregnação do cérebro se inicia pelos gânglios e depois pelo cerebelo. Isso explicaria, segundo Roxo, a primeira excitação psíquica e depois a descoordenação motora. Roxo atribui as condutas observáveis nas pessoas diagnosticadas com alcoolismo a esta impregnação duradoura do sistema nervoso pelo álcool, que “determina uma alteração do psychismo normal, constituindo-se a *psychose alcoolica*”⁷¹⁸.

O álcool também atinge a célula nessa conceituação, asfixiando-a. Citando Martin Fischer, Roxo diz que há uma verdadeira asfixia celular que acarreta uma grande acidose.⁷¹⁹ Trata-se de uma “hyperemia que excita a cellula cerebral”⁷²⁰ que conduz a desnutrição do sistema nervoso. A falta de sangue no cérebro, em um nível molecular, provoca a tristeza ou irritabilidade em um nível comportamental:

“Na *psychose alcoolica* não há alegria, porque a circulação cerebral se faz mal e a nutrição do neuroneo se opera em circunstancias muito desfavoraveis. Sempre que ha falta de sangue no cerebro ou sangue intoxicado, ha tristeza ou irritabilidade. E o protesto physiologico contra a desnutrição”⁷²¹.

714 Ibid. P. 72.

715 ROXO, Henrique. *Manual de Psychiatria*. Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1925. P. 246.

716 Ibid. P. 253.

717 Ibid. P. 247.

718 Ibid.

719 Ibid.

720 Ibid. P. 245.

721 Ibid. P. 252.

Segundo Roxo, a anatomopatologia do sistema nervoso revelou a existência nos casos de alcoolismo de pachymeningite hemorrágica, meninges espessadas e infiltradas de serosidade, pequenas hemorragias esparsas pela substância branca cerebral, alterações vasculares de localização endarteritis e degeneração gordurosa dos vasos⁷²².

3.2. Do delírio à psicose tóxica

Nas primeiras décadas do século XX, a ancoragem do uso de bebidas alcoólicas com a doença mental será fornecida pelo conceito de psicose tóxica, noção que permite a psiquiatria anexar o uso de bebidas embriagantes à doença mental. O conceito engloba a noção de delírio, tema fartamente discutido ao longo do século XIX.

Berrios comenta que, historicamente, o conceito de delírio se mistura com o da loucura. No fim do século XVIII, o delírio era considerado uma alteração do pensamento e o selo da loucura. Distinguiu-se o delírio e o delirium com base na etiologia, o curso, a intensidade e a presença ou ausência de febre. Todas as formas do delírio eram orgânicas, ou seja, a alma estava sempre no mesmo estado, sem mudança, e o erro do juízo era atribuível aos órgãos do corpo. A tensão ou afrouxamento nos nervos conduzia as formas de delírio maníaca ou melancólica⁷²³. Ao mesmo tempo, o delírio era considerado junto às alucinações e às ilusões⁷²⁴. Por volta de 1800, o delírio fazia referência à insanidade, ao delírium orgânico e ao próprio delírio. Supunha-se que o mecanismo comum era um transtorno da razão e do juízo, originado por uma doença orgânica do cérebro. O delírio ainda não era conceituado como um sintoma separado⁷²⁵. Esquirol, Pinel, Falret e vários outros alienistas da época discutiram a noção de delírio. Joseph Guislain (1797-1860), seguidor de Esquirol e reformador de hospitais, foi um dos primeiros a classificar os delírios de acordo com o conteúdo (definiu o persecutório, inspirado, metamórfico e o alucinatório). Berrios comenta que, na segunda metade do século XIX, o conteúdo do delírio passou a ser o critério de classificação mais importante⁷²⁶. Ao mesmo tempo, o interesse pela forma dos delírios se iniciava com Jules Baillarger e J. P. Falret, estabelecendo a importância dos temas do conteúdo e das

722 Ibid. P. 57.

723 BERRIOS, Germán. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2013. P. 120.

724 Ibid. P. 184.

725 Ibid. P. 133.

726 Ibid. P. 138.

formas na segunda metade do século XIX⁷²⁷, época em que se forneceram as bases das atuais conceituações sobre o delírio.

Até os trabalhos da década de 1850 de Moreau de Tours, os delírios não eram observados em pessoas sadias. Mas a ideia do alienista francês de que a normalidade e a alienação estão em um contínuo, apresentando casos de pessoas intoxicadas com haxixe que tinham ‘aberrações mentais’ intermediárias, deu sustentação à ideia de que o delírio é um fenômeno psicológico similar aos sonhos e que corresponde à ‘imaginação excitada’. Identificou como forma primitiva de todas as fontes do delírio um ‘fato primordial’, que ele mesmo experimentou em um autoexperimento com haxixe. Ele também distinguiu estados intermediários do delírio, dependentes das leis da hereditariedade⁷²⁸. Para Moreau de Tours, todas as formas da insanidade provinham do mesmo conjunto de causas e eram similares à atividade onírica⁷²⁹.

Berrios aponta que as mudanças conceituais que confluem na formação do ‘delírio’ no percurso do século incluem vários fatores, a saber: a nova noção de sintoma como indicador elementar do transtorno mental, definido pelo modelo anatomoclínico; a decadência do empirismo e associacionismo britânico e a emergência da psicologia das faculdades; o divórcio conceitual entre o conhecimento e a crença; e, finalmente, o incremento das teorias da constituição e da personalidade, que permitiram a interpretação dos delírios como episódios pessoais e biográficos. Dessa forma, o delírio passou a ser uma coisa mórbida, estudando-se o fator de morbidade em nível individual em termos de organicidade, psicologia e constituição⁷³⁰.

Um conceito chave na conceituação do delírio alcoólatra vai ser o de alucinações. Em 1817, Esquirol agrupa o que eram considerados até o momento como fantasmas, percepções mentais errôneas ou falácias dos sentidos com o termo comum de ‘alucinação’, pensando-as como simétricas e uniformes. Berrios salienta a preponderância, nos casos apresentados por Esquirol, das alucinações visuais. Para o alienista, tratava-se de um fenômeno cerebral ou psicológico que ocorre independentemente dos sentidos⁷³¹.

727 Ibid. P. 169.

728 Ibid. P. 142 e 143.

729 Ibid. P. 169.

730 Ibid. P. 184.

731 Ibid. P. 66.

As alucinações são definidas por Esquirol como “uma percepção sem objeto”⁷³². Compreende-las em oposição às ilusões, que tem um ponto de partida objetivo, mas correspondem a uma visão distorcida de um estímulo externo. O ponto de partida das alucinações para o alienista é subjetivo e necessita de um estímulo externo. Dessa forma, segundo Esquirol, o local da alucinação não se encontra no órgão periférico da sensação, mas no órgão central da sensibilidade. De fato, o sintoma não é concebido mais que como resultado de algo que coloca em movimento o próprio cérebro⁷³³. Berrios destaca que o esforço de Esquirol foi internalizar o fenômeno, fazendo-o parte do sistema psicológico e colocando-o sob o domínio da memória, da imaginação e do hábito. Nessa inteligibilidade, a alucinação é considerada um delírio, que a diferencia dos simples erros sensoriais, e é aproximada à personalidade do sujeito⁷³⁴.

A separação entre as ilusões e as alucinações feita por Esquirol vigora ainda nas primeiras décadas do século XX. Em 1911, no Chile, a tese de medicina de Félix Montero descreve as alucinações como:

“La ilusion consiste en que el individuo ve una cosa distinta de lo que percibe la jeneralidad. La alucinacion consiste en sensaciones que no corresponden a ningun objeto esterno, asi ve una cosa, donde no hai nada. Estas alucinaciones afectan especialmente a dos órganos: el oido i la vista. En cambio, los errores afectan a todos los sentidos”⁷³⁵.

As alucinações serão um tema de grande interesse para a psiquiatria ao longo do século XIX. Berrios salienta que sua forma e conteúdo foram os principais alvos das descrições feitas e que, em meados do século XIX, as alucinações foram convertidas em um sintoma das doenças mentais⁷³⁶. Em 1846, Jules Baillarger⁷³⁷ dava conta das alucinações táteis dizendo que os sujeitos se queixam de insetos subindo pelo seu corpo e que as alucinações genitais são mais comuns entre as mulheres. O enquadramento dos diferentes tipos de alucinações segundo o sentido aparece depois de fartamente descritas

732 Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772 - 1840), alienista francês que trabajó en el Hospital de la Salpêtrière, siendo alumno de Philippe Pinel. Pinel. Instala un manicomio para realizar las investigaciones en 1801 y en 1817 inicia la enseñanza formal de la psiquiatria en Francia. En 1818, publica ‘Dictionnaire des sciences médicales’ y juega un importante papel en la elaboración de un plan administrativo y legislativo para los enfermos en Francia, expresado en la Ley de 1838.

733 BERRIOS, Op. Cit. P. 67.

734 Ibid. P. 67.

735 MONTERO Urzua, Félix. *Enajenaciones Mentales*, Santiago, 1911. P. 9.

736 BERRIOS, Op. Cit. P. 101.

737 J. Baillarger (1809-1890) foi um neurologista que se debruçou no século XIX em diversas áreas da psiquiatria, como os transtornos da linguagem, neurohistologia cortical, epilepsia, alucinações e paralisia.

nas explicações sobre os delírios alcoólatras e cocaínicos, sobretudo as visuais e do tato. Moreau de Tours descreveu um sujeito que, depois de consumir *atropa beladonna*, sentia milhões de insetos devorando a sua cabeça (1845); por sua vez, Magnan e Saury descreveram como pacientes afetados pela cocaína tratavam de se remover insetos imaginários da pele (1889)⁷³⁸. Lombroso também entra no debate sobre as alucinações. O frenologista italiano diz que as alucinações tácteis de pequenos objetos e animais repugnantes são características do alcoolismo. Também destaca as alucinações visuais de animais grandes, cadáveres, soldados, espões e dos objetos mais comuns no seu ofício (1900)⁷³⁹. Para o caso do alcoolismo, as alucinações são um sintoma e, por sua vez, integram outros delírios. Em 1900, Kraft-Ebing descreve que os casos de delírio de perseguição dos bebedores “se caracterizan por alucinaciones terroríficas de la vista, al lado de visiones indiferentes de figuras y de animales fantásticos; alucinaciones obscenas del oído, acusadoras desde el punto de vista sexual y delirio extraordinariamente frecuente, de infidelidad conyugal. Al lado de esto no es raro ver el delirio de envenenamiento y de persecución general”⁷⁴⁰. Kraft-Ebing conclui que as alucinações “indican, a lo más, un estado patológico del cerebro”⁷⁴¹.

No Chile, o psiquiatra Augusto Orrego Luco, em 1872, afirmava que as alucinações provocadas pelo alcoolismo eram mais próprias do consumo do álcool que de constituições diferenciadas: “sea cual fuere la constitución de un individuo, sean cuales fueren los hábitos morales de su espíritu o los hábitos físicos de su organismo se presentarán las alucinaciones del alcohol después de su uso más o menos frecuente i prolongada”⁷⁴². Orrego Luco também enquadra as alucinações como um sintoma do alcoolismo.

No processo de costura da categoria diagnóstica do alcoolismo, as ‘alucinações’ serão um terreno fértil para a prosa dos psiquiatras que construíam a categoria diagnóstica. Um Manual de temperança chileno de 1910 descreve que o *delirium tremens*:

“se manifiesta por alucinaciones continuas: el individuo ve a su alrededor serpientes, arañas, monos, gatos y otros animales de cuyos ataques trata de defenderse; demonios que le bailan, rara vez santos; generalmente se cree perseguido por algún enemigo

738 BERRIOS, 2013, Op. cit. P. 67.

739 LOMBROSO, César. *Medicina Legal*, Tomo I, 1900. P. 3.

740 KRAFFT-EBING, Richard von. *Medicina Legal*. 1900. P. 344.

741 *Ibíd.* P. 68.

742 ORREGO Luco, Augusto. Causas indirectas de la alucinación mental (primera parte). *Revista Médica de Chile*, Año II, n° 11, maio, 1874.

o espíritu maligno del cual trata de huir. A veces el delirio tiene su lado cómico, frecuentemente obsceno, generalmente triste y casi siempre horrible”⁷⁴³.

Descrevendo o *delirium tremens* no alcoolismo crônico, uma tese de 1918 no Rio de Janeiro dizia:

”Pouco e pouco, tornam-se os individuos agitados; gritam, vociferam, debatem-se furiosamente no leito tentando subjugar os imaginarios animais que os perseguem, e com as mãos crispadas, os olhos esbugalhados quasi a lhessaltarem das orbitas, encolhidos em attitude de defeza, pavidos, aterrorisados, sentem-se cingidos por hediondas serpentes; ouvem risos de escarneo, insultos, improprios, ameaças, desafios. E vem nas suas alucinações, as mais horripilantes e tetricas scenas”⁷⁴⁴.

Outra noção que aparece na conceituação da ebriedade alcoólica pela psiquiatria era o termo delirium, que no começo do século XIX designava ambigualmente um transtorno orgânico agudo (frenitis) e também o sintoma delírio. No percurso do século, ambos os significados foram separados⁷⁴⁵. O delirium, definido como estado confusional agudo ou psicose exógena, não foi mais visto como um estado de conduta excitada acompanhado de febre, e sim como um transtorno de consciência, atenção, cognição e orientação. Segundo comenta Berrios, foi o delirium, e não a paralisia geral progressiva, o que serviu de modelo clínico para a atual noção de psicoses⁷⁴⁶. No começo do século XIX, o delirium era considerado um sintoma que indicava a transição da doença de uma enfermidade puramente somática a um transtorno mental⁷⁴⁷. Berrios observa que a distinção entre delírio e insanidade vai ser objeto de discussão até meados do século XIX⁷⁴⁸.

No momento em que se discutia se o delírio era uma doença ou um sintoma, raramente o delírio era relacionado ao uso de embriagantes. Quem fez essa conexão foi o médico inglês Thomas Sutton (1767–1835), que descreve, em 1813, o *delirium tremens* (delírio por tremores), que será o primeiro intento de aproximação às experiências de ebriedade e que marcará as futuras conceituações do uso do álcool. Sutton descreve o *delirium tremens* como um episódio agudo de delírio causado pela

743 BERMUDEZ, G. *Manual de Temperancia*. Valparaíso, 1910. P. 13.

744 COSTA, Alfredo Carruthers Ribeiro da. *Contribuição ao estudo do alcoolismo*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1918. P. 74,75.

745 BERRIOS, 2013, Op. cit. P. 325.

746 Ibid. P. 307.

747 Ibid. P. 308.

748 Ibid. P. 310.

abstinência ao álcool, apresentando 16 casos para diferenciá-lo da noção usada até o momento, de *frenitis* (delírio), das manias e da inflamação do cérebro. No tratamento proposto por Sutton, descarta-se a provocação de hemorragias e se destaca o uso do ópio para induzir o sono nos pacientes⁷⁴⁹. Sutton salientou que, em geral, quando a doença se manifesta, as faculdades não são perturbadas por nenhuma extravagância do pensamento⁷⁵⁰.

Em 1881, o alienista francês Ernest Lasègue⁷⁵¹ propôs que o delírio alcoólico era uma forma de sonhar: *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve* (1881)⁷⁵². Lasègue definiu, nessa obra, o sonhar como um estado metade fisiológico e metade patológico, acompanhado de alucinações visuais de caráter sensorial superior às observadas nas insânias. Segundo o alienista, as alucinações alcoólicas eram precedidas gradualmente por períodos de sono agitado e de sonhos. A identificação de Lasègue do sonhar com o delirium alcoólatra a partir de um ponto de vista fisiológico foi desdobrada por Séglas, Legrain e Régis para explicar os delírios febril e tóxico. Esse último identificava, em 1906, na forma típica das psicoses tóxica a confusão e delírios, relacionando a primeira com perplexidade, desorientação e embotamento mental, seguida de amnésia e demência⁷⁵³.

As primeiras conceituações sobre o uso de embriagantes que circulam nas comunidades científicas do Chile e do Brasil no século XIX são as de Magnus Huss e Valentin Magnan. Depois de definir as formas da loucura alcoólica (aguda, crônica e dipsomaniaca), o modelo que integra os autores delimita o começo da doença no momento do *delirium tremens*, também chamado como ‘delírio alucinatório’. Esse ‘estado’ permite conectar a paixão pelas bebidas com a loucura ao integrar suas manifestações. Serpa comenta, para o caso de Brasil, que entre “os sintomas de distúrbios mentais apontados pelos médicos como característicos da intoxicação alcoólica estavam a mania, a melancolia, os delírios, as ideias e paranoias persecutórias, as alucinações auditivas e visuais, a desorientação e a confusão mental”⁷⁵⁴.

749 HUNTER, Richard A., and MCALPINE, Ida. Three Hundred Years of Psychiatry, 1535-1860: A History Presented in *Selected English Texts*. London: Oxford University Press, 1963.

750 BERRIOS, 2013, Op. Cit. P. 309.

751 Ernest Charles Lasègue (1816-1883), estudo filosofia primeiro, mas influenciado por Claude Bernard e Benedict Morel, deu um giro para a medicina, formado-se como psiquiatra com Jean Pierre Falret. Além do delirium tremens, classificou os delírios em gerais e parciais e trabalhou a anorexia nervosa.

752 BERRIOS, 2013, Op. Cit. P. 141.

753 Ibid. P. 312.

754 SANTOS *et All*, Op. cit. P. 403.

No Chile, no fim do século XIX, Manuel Segunda Beca, difusor do modelo francês na descrição do alcoolismo, divide a patologia em duas formas: a aguda e a crônica. O primeiro grupo é subdividido em embriaguez comum e embriaguez anômala. A primeira apresenta um tipo único e com períodos e diferentes graus de excitação, depressão e coma. A segunda apresenta as modalidades de embriaguez êxito-motriz, embriaguez alucinatória e embriaguez delirante, caracterizadas cada uma delas por desordens especiais⁷⁵⁵. No caso do alcoolismo crônico, Beca menciona as lesões no organismo. O caráter especial dos alcoólatras, sobretudo no alcoolismo agudo, destaca Beca, conduz à demência final ou demência alcoólatra⁷⁵⁶.

Beca também esclarece o conceito de dipsomania, mas não como uma doença mental, e sim como uma síndrome própria das pessoas, carregada hereditariamente, instalando-a em uma constelação de anomalias:

“no sería una enfermedad mental especial, sino un síndrome que aparecería espontáneamente en el individuo, ya cargado hereditariamente, bajo la forma de obsesiones mentales e impulsos, que también sería dipsomanía, como podría ser cleptomanía, piromanía, ninfomanía, homicidio o suicidiomanía, agarofobia, claustrofobia, megalofobia, o delirio del tacto”⁷⁵⁷.

No Brasil, no fim do século XIX, outro autor descrevia de forma similar a ‘loucura alcoólica’, que se apresentava sob duas formas clínicas: a forma maníaca e a forma melancólica⁷⁵⁸. O modelo proposto por Magnan se consolida e atualiza tanto a antiga noção da melancolia como as manias do alienismo do século XIX. Também considerava três graus da loucura alcoólica: os acessos agudo, superagudo e subagudo⁷⁵⁹.

No Chile, no final do século XIX, a situação de um indivíduo afetado pela loucura alcoólatra estúpida era descrita como um estado em que:

“las ideas son difíciles, las concepciones lentas; la conversación es insegura i, a menudo, monosilábica; en seguida, la energía desaparece, las ideas carecen de sentido i de precisión, el conocimiento se pierde, las materias fecales no se retienen, el llanto i la risa vienen sin motivo; es un verdadero embotamiento

755 BECA, Manuel F. El Alcoholismo. *Revista Médica de Chile*, 1892. P. 296.

756 Ibid. P. 361.

757 BECA, Manuel F. Una de las causas del alcoholismo crónico. *Revista Médica de Chile*, 1892. Págs. 362.

758 NOVA, Joaquim José. *Capacidade civil dos alcoólatras*. Typ. Montenegro, 1894.

759 Ibid. P. 9.

intelectual, un estado en todo parecido a la demencia senil i que mui pronto es seguido de la muerte”⁷⁶⁰.

Na primeira década do século XX, o alcoolismo no Chile será classificado entre as doenças neuropáticas adquiridas. Essas são definidas como efeito de um agente externo que produz a alteração e é integrado pelo morfinismo, o saturnismo e a pelagra. Assim como Beca, a ebriedade é conceituada por seus três estágios: agudo, crônico e a dipsomania. Um médico escreve dessa forma:

“Se suscita la primera con la injección violenta de una cantidad de licor; es lo que se llama borrachera. La repetición incesante de tales inyecciones, provoca alteraciones orgánicas i fisiológicas, que descubren la segunda etapa del alcoholizado, o sea el alcoholismo agudo. La dipsomanía se caracteriza por los hondos desarreglos de la mente del individuo, por una especie de embriaguez patológica que altera el sistema nervioso, las facultades sensitivas i que, en sus últimos eslabones, dejenera en parálisis”⁷⁶¹.

Como revisamos no capítulo I, a partir da segunda edição do Manual de Kraepelin (1887) se definem o alcoolismo, o morfinismo e o cocainismo como intoxicações crônicas⁷⁶². Na quinta edição (1896) do Manual, o alienista alemão integra entre as doenças mentais adquiridas as intoxicações, que divide em agudas (delírio febril e delírio tóxico) e crônicas (alcoolismo, morfinismo e cocainismo)⁷⁶³. Nessa época, os delírios não eram considerados como uma categoria diagnóstica fechada, mas como o sintoma de uma doença. No caso do alcoolismo, será seu principal sintoma. Ao mesmo tempo, a noção de psicoses instala a inteligibilidade dada à ebriedade sobre um fundo geral de psicopatologia.

No caso do Brasil, em 1909, o conceito de ‘psicoses alcoólica’ é definido pelo médico Márcio Neri, que o postula como “uma classe de desordens mentais duráveis, resultantes da intoxicação prolongada dos centros nervosos pelo álcool”. A categoria, como o médico comenta, integra desde fatores da conduta até lesões orgânicas, delimitadas fundamentalmente no cérebro:

760 RODRÍGUEZ Jorge C. *La cuestión del alcoholismo. El monopolio o el impuesto*, Memoria Facultad Medicina Universidad de Chile. Imprenta Nacional, Santiago, 1899. P. 66.

761 LABRA, Op. cit. P. 6.

762 BERCHERIE, Op. cit. P. 163.

763 Ibid. P. 166.

“Nesse agrupamento apontamos desde a tendência que o hábito faz surgir no organismo e que impele o indivíduo a procurar nas bebidas alcoólicas uma excitação que se tornou necessária e as vezes inelutável, até as lesões as mais graves do cérebro, do sistema nervoso em geral e de todo o organismo, que arrebatam, por completo, ao homem a sua mais nobre prerrogativa – a de um ser racional”⁷⁶⁴.

Ao mesmo tempo, na inteligibilidade de Neri, o álcool traz à luz constituições paranoicas escondidas, ou seja, não apenas podia desencadear sérios distúrbios mentais para que os consuma, mas também era gatilho de doenças mentais não evidenciadas. O médico observava que “a intemperança alcoólica põe às vezes em evidência paranoias ou constituições paranoicas que corriam despercebidas”⁷⁶⁵.

A categoria de ‘psicose tóxica’ estava estabilizada desde que Henrique Roxo publica seu *Manual de Psychiatria*, em 1925. O psiquiatra, no capítulo dedicado a *confusão mental*, distingue as *psychoses infecciosas*, as *psychoses auto-tóxicas* e as *psychoses hetero-tóxicas*⁷⁶⁶, segundo a nomenclatura dada pela classificação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, baseada nos paradigmas de Kraepelin. Para o caso das primeiras, integra os *delírios febris*, *delírios infecciosos*, *confusão aguda*, e *estados de enfraquecimento infeccioso*. Para o caso das últimas, Roxo considera os *distúrbios psicóticos na doença de Basedow* a *psychose myxedematosa* e o *cretinismo*⁷⁶⁷.

As *psychoses hetero-tóxicas*, para Roxo, implicam a presença de um agente tóxico usado por um período prolongado que envenena o sangue. O agente tóxico impede a nutrição cerebral, o que acarreta a *confusão mental*. Entre as *psychoses hetero-tóxica* distingue o alcoolismo, o morfínismo e a cocainomania, descritas como:

“doenças mentais constituídas pela administração reiterada e abusiva de substâncias tóxicas que se preparam fora do organismo humano. São principais as que dependem do *alcohol*, *morphina* e *cocaína*, sendo também se encontram casos, embora mais raros, em que o mal é oriundo do *ether*, *haschich*, *chloroformio*, *sulfureto de carbono*, *nicotina* e *protoxydo de azoto*”⁷⁶⁸.

764 NERI, Márcio. *Psychoses alcoólicas*. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, Nº.3-4, 1909. P. 339.

765 Ibid. P. 350.

766 ROXO, Op. cit. P. 209.

767 Ibid. P. 227.

768 Ibid. P. 216.

A *Psychose alcoólica*, no manual de Roxo, é construída por fatos produzidos por ensaios fisiológicos e achados da anatomia patológica⁷⁶⁹. Na gênese da embriaguez, o psiquiatra considera a predisposição individual e o coeficiente tóxico do álcool⁷⁷⁰. Roxo ainda mantém a noção que atravessou a psiquiatria do fim do século XIX. Entre os degenerados, diz que se acham pessoas com “pequena resistência nervosa e susceptibilidade exagerada diante dos tóxicos”, sendo os que pouco resistem filhos de alcoolistas ou neuropathas, segundo comenta⁷⁷¹. Na descrição da embriaguez, distingue a alegria inicial ou tristeza acentuada, seguida de um estado de confusão mental, fundamentalmente desorientação espaçotemporal e, finalmente, um estado de coma profundo. Roxo comenta que a sintomatologia de todas as intoxicações corresponde à confusão mental, definindo esta como:

“uma afecção, geralmente aguda, consecutiva a uma causa apreciável, commummente uma infecção, que se caracteriza por phenomenos somaticos de desnutrição e phnemomenos mentais; o fundo essencial destes, resultado primario do estado somatico, é constituido por uma forma de enfraquecimento e de dissociação intellectual, confusão intellectual, confusão mental, que pode ser o não acompanhada de delirio, allucinações, agitação, ou pelo contrario, de inercia motora, como ou sem variações accentuadas do estado emotivo”⁷⁷².

Como já assinalamos, Roxo considera que o álcool no cérebro asfixia as células e provoca acidose⁷⁷³. Seguindo a tradição de sua época, as alucinações são descritas de acordo com o conteúdo. Na confusão mental alucinatória, Roxo diz que são predominantes as alucinações visuais, nas quais aparecem animais ferozes e formas fantásticas⁷⁷⁴. Essas também afetam os sentidos do tato e do olfato. Comenta, por exemplo, que no delírio que se percebem animais no corpo, também se sente cheiros extravagantes. Na explicação fisiológica, Roxo comenta que no *delirium tremens* há, frequentemente, aderência da pia madre à substância cerebral e estase linfática acentuada. Os fatos fornecidos pela anatomia patológica acharam, segundo o psiquiatra, fibras nervosas espessadas, característica das neurites, atrofia das fibras e do feixe de

769 Ibid. P. 241.

770 Ibid. P. 243.

771 Ibid. P. 242.

772 Ibid. P. 203.

773 Ibid. P. 247.

774 Ibid. P. 250.

Goll na medula. Também diz que o aumento da colesterolina no sangue produz o quadro descrito anteriormente⁷⁷⁵.

No fim da primeira década de 1910, a compreensão da ebriedade na psiquiatria brasileira integrava tanto a noção de Morel e Magnan da degeneração, como a ideia da ‘psicopatia’. O médico Márcio Neri comentava que:

Nos desequilibrados mentais, nos degenerados inferiores, o álcool exerce uma ação nociva. Lasègue afirmava que o álcool é a pedra de toque dos degenerados, fazendo alusão à ruptura de equilíbrio funcional do espírito (...) Em indivíduos desta categoria podem presenciar-se esse casos de mania transitória, de fúria ebriosa, de impulsos agressivos, destruidores e perigosos, que rebentam de improviso ... Este é um episódio que se pode ver desenvolver-se nos fracos de espírito, nos imbecis e naqueles indivíduos que se acham sobrecarregados de vício hereditário psicopático muito acentuado⁷⁷⁶.

Muitos dos artigos médicos consultados utilizam a estatística como técnica de validação de suas afirmações. Esse é o caso do chileno Manuel Beca, que publica, em 1892, três artigos para descrever patologicamente a prática de beber e relacioná-la com a criminalidade, fornecendo a primeira aproximação estatística para sustentar a periculosidade do uso do álcool. A primeira relação é meramente quantitativa, entregando uma relação numérica entre os ingressos na Casa de Orates e os diagnósticos feitos. Diz que no ano de 1890, entre os 328 homens que entraram no hospício, 187 tinham causa alcoólatra reconhecida. Para 1891, acusa que entre os 355 ingressos no manicômio, 154 eram pelo alcoolismo (43,5%). A correlação entre as duas magnitudes se aprimora quando, em um artigo seguinte, relaciona o alcoolismo com a criminalidade, apresentando uma estatística feita com os ingressos à Casa de Orates entre 1883 e 1892. Diz que entraram 55 réus insanos, dos quais 12 eram por lesões, 16 por furto, 1 por incêndio, 2 por estupro e 10 por homicídio. De todos eles, comprovou-se que 36 eram alcoólatras, ignorando-se a presença de bebida nos outros 19⁷⁷⁷. Destacando um caso de recaída de sujeitos que entraram 26 vezes no hospício, Beca ressalta o risco para a sociedade: “y si se trata de un impulsivo alcohólico, lo probable es que si alguna vez delinquirió en un acceso de delirio, cometa iguales faltas cada vez

⁷⁷⁵ Ibid.

⁷⁷⁶ NERI, Op. cit. P. 348.

⁷⁷⁷ BECA, Manuel. Alcoolismo y criminalidad *Revista Médica de Chile*, Agosto e setembro, 1892. P. 447.

que por sus excesos alcohólicos caiga en él”. Por isso, sugere manter esses casos separados para que se evite riscos e infortúnios causados a outros.

No artigo intitulado *El Alcoholismo*, Beca faz a primeira estatística sobre os internos por alcoolismo na Casa de Orates entre 1890 e 1891, estabelecendo as três grandes causas de alienação no país. Calculada a cifra com base nos diagnósticos feitos no hospício (697 internos), diz que o mais importante é o abuso de bebidas alcoólicas (57% em homens), seguido pelos excessos venéreos e depois pelos sentimentos e pesares⁷⁷⁸. Com Beca, observamos um primeiro intento de produzir fatos utilizando a estatística como metodologia de aproximação. Essa é convocada a comprovar os discursos psiquiátricos que patologizaram a ebriedade, ressaltando uma magnitude numérica para explicar a gravidade da questão. A técnica coloca os elementos em uma regularidade e agrupa as dispersões possíveis dos sintomas, os dados de ingresso e saída do hospício e os diagnósticos em um quadro matemático. A estatística se vincula com a medicina na explicação dos fenômenos vitais globais de uma população. Ela é uma constante que reduz os fenômenos a um número para tornar verossímil um enunciado e legitimar uma intervenção terapêutica.

A estatística é a primeira metodologia usada pelo Estado chileno para enxergar os fenômenos sociais e biomédicos no Chile. Vincula-se à produção de saber de um país e de uma população, primeiro passo para o desenvolvimento de políticas sobre a vida. A redução a números para produzir uma inteligibilidade a respeito de fenômenos vitais no fim do século XIX requer um especialista além dos terapeutas asilares para descrever o fenômeno. Dessa forma, o governo do Chile solicita ao engenheiro francês Francisco Beze⁷⁷⁹ a realização do primeiro estudo de caráter abrangente e oficial dedicado à embriaguez no Chile. Intitulado *El alcoholismo, estudio y estadística* (1897), calcula a produção de alcoóis no Chile para 1895, o consumo per capita de aguardente (60 lts.), o gasto anual em bebidas espirituosas, as taxas de detenção de pessoas pela embriaguez (4,67%), a proporção de réus nos cárceres que delinquiram em estado de ebriedade (12.013, que equivalem ao 40,79% da população penal), e os ingressos na Casa de Orates de pessoas por alcoolismo. Diz que correspondem a 441 homens e 264 mulheres

778 BECA, 1892a, Op. cit.

779 Beze é um engenheiro francês contratado pelo governo chileno para fazer os primeiros estudos estatísticos no país. Outras de suas obras foram *El suicidio en Chile* (1899) e *El capital y el trabajo* (1896).

que equivalem a 57,11% e 14,7%, respectivamente, em relação a outras doenças mentais diagnosticadas⁷⁸⁰. O engenheiro concluiu que:

“de todas las excitaciones que llevan al hombre al crimen y a los atentados, la embriaguez es, seguramente, aquella que ofrece el mayor contingente de influencias; y el alcoholismo, es el resultado ineludible para todos aquellos que sojuzga la inveterada pasión por las bebidas”⁷⁸¹.

A estatística feita por Beze corresponde a um primeiro momento da produção de fatos sobre a população no Chile. Se Beca se restringiu às taxas de ingresso no asilo para relacionar alcoolismo com a criminalidade, Beze completa o panorama em relação ao século XX ao alinhar os detidos no país por ebriedade, a produção segundo o tipo de álcool, o consumo per capita de aguardente (60 lts.), o gasto anual em bebidas alcoólatras, entre outros dados reunidos. A função cognitiva do estudo estatístico é reforçada no final com vários quadros⁷⁸².

Na virada do século XX, o psiquiatra Jerónimo Letelier Grez também fará um estudo estatístico sobre as doenças mentais tratadas na Casa de Orates de Santiago entre 1852 e 1897. Sua conclusão é que o álcool é o principal responsável da morbidade mental, constituindo mais dos 50% dos ingressos no hospício, seguido das ‘causas morais’, a degeneração mental e a herança⁷⁸³.

Desde o final do século XIX, no Brasil, enxergava-se a questão do alcoolismo aplicando técnicas estatísticas. O estudo estatístico mais citado pelas fontes consultadas será o realizado pelo psiquiatra Henrique Roxo a partir dos diagnósticos feitos no Pavilhão de Observação do Hospício entre 1895 e 1900. Roxo concluiu que 31% dos casos (1.257) eram por *psychose alcoólica*⁷⁸⁴. Um trabalho similar feito em 1904 por Afranio Peixoto, nesse momento diretor do Hospício Nacional, apresenta uma estatística que resume a frequência do alcoolismo nos diagnósticos psiquiátricos: 28% em um total de 400 alienados correspondentes a esse ano⁷⁸⁵. Peixoto destaca que

780 BEZE, Francisco. *El alcoholismo, estudio y estadística*. Santiago, 1897. P. 12 e 13.

781 *Ibid.* P. 6.

782 Os quadros são sobre os delitos de embriaguez classificados por municípios, resumo anual de delitos cometidos em estado de embriaguez, proporção de ébrios por cada 100 habitantes, relação entre os ébrios e os delinquentes entrados nos cárceres e um diagrama de intensidade da criminalidade sob a influência das bebidas alcoólicas. Ver BEZE, Op. cit. Pp. 30, 38,40,44.

783 *Memorias de Casa de Orates*, Santiago, 1923.

784 ROXO, Op. cit. P. 257.

785 Citado em BANDEIRA, Op. cit. P. 92. LIMA, Manoel Cintra Barbosa. *Alcoolismo hereditario*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1904. P. 57; MACIEL, Paulo do Rêgo. *Do alcoolismo e suas consecuencias*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1927. P. 27.

qualquer outra forma de alienação mental não excedia 13,5%. Citado por uma tese, o psiquiatra diz:

“O álcool como factor etiologico dos outros 72%, atribuidos á somma das outras vesanias, figura em metade dos casos, sendo muitas das fôrmas morbidas verdadeiros para-alcoolismos. A outra metade, na qual a degeneração tem forte dóse, é na maioria dos casos, resultado mediato do alcoolismo, o qual e a syphiles são os paes da maior somma das degenerações humanas”⁷⁸⁶.

Bandeira (1904) também recorre à função cognitiva das estatísticas para outorgar validade às suas afirmações. Depois de mostrar os efeitos do álcool sobre a ‘economia humana’, apresenta consequências sobre a economia das nações através de dados estatísticos que “patenteiam a espantosa nocividade do álcool”. Entrega informações de países europeus sobre mortes produzidas diretamente pelo alcoolismo, os estudos familiares de Legrain a respeito da produção de suicídios, taxas de consumos pela classe trabalhadora e a porcentagem dos alienados nos hospícios para doentes mentais⁷⁸⁷.

Também o médico Duque Estrada, em sua tese de 1910, fez uma estatística do Hospício Nacional de Alienados entre 1899 e 1909, comparando o número de ingressos com o número de diagnósticos de alcoolismo feitos no período. Seu cálculo concluiu que, de 8.228 alienados, 2.007 são alcoólicos, representando 24,42%⁷⁸⁸.

3.3. A herança mórbida e a predisposição

Em 1904, o estudante de medicina brasileiro Manoel Lima citava o alienista Charcot, dizendo que “uma gota de esperma de um alcoólico contém toda a família neuropática”⁷⁸⁹. A relação entre o uso de bebidas alcoólicas e a predisposição mórbida nos descendentes dos alcoólatras vai ser um dos principais argumentos para justificar a intervenção terapêutica. Santos comenta que nos discursos médicos:

“a predisposição poderia ser responsável tanto pela tendência individual de sucumbir ao vício da bebida – sendo neste caso o alcoolismo visto como consequência da constituição orgânica –

786 LIMA, Op. cit. P. 57.

787 BANDEIRA, Op. cit. P. 89.

788 DUQUE, Estrada. *Ethio-Pathogenia do Delirio Alcoolico (contribuição ao seu estudo)*. Tese FMRJ, Tip. do Jornal do Comércio, Rio de Janeiro, 1910. P. 87.

789 LIMA, Op. cit. P. 32.

quanto pela existência de distúrbios mentais que poderiam ser desencadeados ou agravados devido ao alcoolismo”⁷⁹⁰.

Nas argumentações dadas pelos psiquiatras para estabelecer essa relação, tanto no Brasil como Chile, concorrem aproximações estatísticas aprimoradas feitas no século XIX. Diferentemente dos estudos que revisamos de Beca e Beze, dedicados a magnitudes contáveis nos asilos, a projeção estatística pula os muros asilares para ir à procura da herança familiar. As explicações dadas são que as doenças mentais ou as anomalias de caráter familiar atacam várias pessoas de uma mesma família nas gerações sucessivas. Um ponto de início dessa inteligibilidade são os estudos do eugenista Francis Galton (1822-1911), que tenta evidenciar a transmissão da genialidade em *Hereditary Genius* (1863), obra baseada nas ideias de Mendel sobre a herança. Em meados daquele século, são produzidos vários estudos na Europa e Estados Unidos que tratavam do papel da ‘herança mórbida’. Um deles foi o estudo *The Jukes: A Study in Crime, Pauperism, Disease and Heredity* (1875), feito pelo comerciante norte-americano Richard Louis Dugdale (1841-1883) e que vinculou 1200 pessoas como descendentes do pescador Yukes (nascido em 1720), as quais compartilharam uma herança doente e criminoso. A família Jukes será muito citada tanto no Chile no Brasil nas referências dos cientistas à questão da herança mórbida⁷⁹¹.

O uso de grandes grupos familiares para explicar os efeitos do alcoolismo sobre a descendência vai ser uma estratégia discursiva muito utilizada pelos psiquiatras da época. Fundamentalmente direcionadas a explicar os efeitos da herança, constituem no final do século XIX um importante mecanismo de verossimilhança das doutrinas psiquiátricas. Os estudos da família Juke, de Lancereaux e Legrain, foram fartamente citados.

No caso do Chile, a relação entre o uso de álcool e a herança mórbida vai ser estabelecida no tempo de percurso de nossa pesquisa. Como veremos, o que nos

790 SANTOS *et All.* Op. cit. P. 403.

791 É interessante observar que quando o médico Salvador Allende faz uma genealogia dos estudos sobre a herança mórbida na sua tese *Higiene Mental y Delincuencia*, em 1933, ele estabelece uma origem dos estudos centrados na herança na obra de Galton e salienta considerar o estudo sobre a família Juke. Na sua genealogia, também comenta os estudos de D. Knecht que vinculam a epilepsia com a criminalidade (*De la transmission de la dégénérescence physique chez les criminels*. Annales médico-psicologiques. Paris: Masson, n. 7, p. 316, 1885), os de M. Marro sobre a longevidade dos pais dos criminais (*Caratteri del delinquenti*, 1887), os do médico francês que descobriu o síndrome genético que leva seu nome, M. E. Apert, dedicados à transmissão de características especiais (*L'acrocéphalosyndactylie*, 1906), e os do médico britânico Charles Buckman Goring (1870–1919), que através de estudos na prisão de Parkhurst refutou as teses de Lombroso, medindo a longitude craniana de três mil delinquentes e comparando-as com estudantes de Oxford e Cambridge e, por sua vez, concluiu que um 68% dos delinquentes tem parentes criminais (*The English convict: a statistical study*, 1913). Ver ALLENDE, Salvador. *Higiene Mental y Delincuencia*. Tese da Facultad de Medicina da Universidad de Chile, Santiago, 1933. P. 20.

primeiros discursos aparece como a influência hereditária, será desdobrado como degeneração psíquica hereditária, predisposição mórbida ou taras. Salamanca (1879) levantava o tema da seguinte forma:

“¿Cuántos no vienen al mundo epilépticos, dementes, sordos-mudos, cretinos, escrufulosos, etc. a causa del vicio de sus padres? ¿Cuántos suicidas, bandidos, asesinos miserables, que yacen en el fondo de las prisiones, no debe la fatalidad de sus instintos a la influencia hereditaria que el alcohol crea?”⁷⁹².

Como já assinalamos, Beca configurava a dipsomania como uma doença própria dos descendentes dos alcoólatras, enquadramento que integra dentro dos parâmetros da degeneração:

“El carácter hereditario de la afección está, por otra parte, comprobada con lo que ocurre en la práctica, pues los casos de dipsomanía observados se han presentado en hijos, nietos y parientes de enajenados, en descendientes de alcohólicos y dipsómanos, en hijos de matrimonios cosanguíneos, etc. Casos en todos los cuales ha habido motivos para la degeneración psíquica hereditaria”⁷⁹³.

A ebriedade é pensada como uma característica efêmera da loucura, dependendo da intensidade da dose ingerida. A alienação acontece pela repetição constante do vício. No Chile, em 1910, um médico, depois de definir que os estágios da loucura eram a mania crônica, a demência e a loucura paralítica, comenta em sua tese:

“De aquí se desprende que los vínculos existentes entre la embriaguez i la locura son mui estrechos i definidos: el ebrio denota características efímeras de la locura con acentos más o menos intensos según el grado de la embriaguez, mientras que la enajenación mental, provocada por la repetición constante de aquel vicio se constituye con todos los estigmas i síntomas morbosos de la degeneración”⁷⁹⁴.

Dois décadas depois, uma tese que objetivava experimentar um tratamento para o alcoolismo descrevia que:

“el dipsómano es congénito, degenerado, impulsivo, cuya tendencia a beber es una manifestación del estado patológico primitivo de su sistema nervioso. El dipsómano bebe sin saber

792 SALAMANCA, Op. cit. P. 303.

793 BECA, 1892 (b). Op. cit. P. 362.

794 LABRA, Op. cit. P. 6.

por que lo hace; bebe sin experimentar placer ; no le importa lo que beba, bueno o malo"⁷⁹⁵.

Outro viés da herança mórbida era possível através do convívio próximo com os alcoólatras, o que afetava principalmente seus filhos. O médico Ángel Sanhueza cita uma conferência de Lancereux em Paris para acusar que:

“la mayor falta del borracho de oficio es legar á sus propios hijos su vicio y sus enfermedades que los haran terminar su vida miserable en el manicomio, en el hospicio, en la penitenciaría ó en el patíbulo (...) el hijo del borracho es un predestinado que lleva desde que nace la marca del alcoholismo. Muchas veces adquiere el hábito en presencia y en compañía de sus propios padres, como desgraciadamente sucede en la gente de nuestro propio pueblo; otras veces el desgraciado predestinado bebe por primera vez de una manera inconciente, luego siente la necesidad de volver á beber y en seguida un impulso irresistible lo obliga á seguir bebiendo hasta que termina por hacerse alcohólico”⁷⁹⁶.

Loyns, que sustenta que os filhos de alcoólatras têm mais inclinação para a bebida, reproduz a noção de Morel a respeito da herança alcoólica, cujo quadro tenta englobar os “grados progressivos da decadência”, que se podem julgar de uma geração para outra, tendo como fim irremediável a esterilidade. O quadro apresentado é o seguinte:

1ª geração: imoralidade, depravação, excessos alcoólicos, embrutecimento moral.

2ª geração: embriaguez hereditária, acessos maníacos, paralisia geral.

3ª geração: sobriedade, tendências hipocondríacas, lipemia, ideias sistemáticas de perseguição, tendências homicidas.

4ª geração: intelecto pouco desenvolvido, primeiro acesso de mania aos 16 anos, estupidez, transição ao idiotismo e extinção provável da raça⁷⁹⁷.

Para explicar os efeitos sobre a degeneração, Loyns recorre às estatísticas feitas pelo médico francês Paul Legrain na Colônia de Idiotas de Vaucluse (1895). O alienista apresentou uma estatística de 215 observações de famílias alcoólatras, dedicando-se a

795 GUTIÉRREZ, Alejandro. *Contribución al Tratamiento del Alcoholismo, autoseroterapia*, 1933. P. 15.

796 SANHUEZA, Ángel. Alcoholismo Hereditario. *Revista Médica de Chile*. Tomo 26. 1898. P. 259.

797 LOYNS, Op. cit. P. 31.

analisar 819 descendentes. Num quadro, apresenta os nascidos prematuramente, os mortos ainda infantes, os casos de ‘debilidade física favoráveis a tuberculosos’ e os casos de loucura. Loyns comenta que “la otra mitad de los descendientes de estas familias observadas comprendía un gran número de individuos desequilibrados, dejennerados, epilépticos, histéricos, etc.”⁷⁹⁸. O médico chileno conclui dizendo que:

“Poco importaria que el borracho pagara su delito, lo sensible es que el castigo viene, por lo jeneral, tardiamente, con enfermedades raras vez curables i que los hijos de estos pobres, cuando los tienen, nacen cretinos e imbéciles, incapaces de ganarse la vida, cuando no mueren pronto. I esto significa decadencia o dejenneracion física i moral de una raza”⁷⁹⁹.

No Brasil, a relação entre hereditariedade e alcoolismo nos discursos psiquiátricos segue um percurso similar ao do Chile. O quadro de Morel sobre as gerações é reproduzido por Lima (1904). Já em 1894, um médico citava Legrain para destacar que o alcoolismo era um elemento indicativo da herança nervosa⁸⁰⁰. A teoria da degenerescência vigorava na explicação da relação entre hereditariedade e o alcoolismo. O médico Mauricio de Medeiros, em 1906, apresenta um caso de uma família integrada por cinco filhos:

“Os dois primeiros muito fortes e sadios. O pai começa a beber e se embriaga frequentemente. Nasce um terceiro filho histérico e um quarto débil mental. O pai deixa de beber. Nasce um quinto filho sadio como os dois mais velhos (...) Indiscutível então é a degeneração dos filhos de alcoolistas inveterados”⁸⁰¹.

Além dos efeitos do álcool transmitidos na herança genética e pelo contato próximo com os bêbados, os relatos médicos atingem o ato da concepção. Santos coloca o caso do médico Guilherme Araujo que, em 1917, advertia que se a intoxicação alcoólica acontece no ato sexual, a criança gerada estaria marcada pela degeneração para toda a vida. A descrição dada pelo médico considerava que “os filhos que vingam

798 Ibid. P. 35.

799 Ibid.

800 NOVA, Op. cit. P.17.

801 MEDEIROS, Maurício de. Notas de um antialcoolista. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciencias Affins*, Nº2, Rio de Janeiro, 1906. P.153. Apud. Santos, 2010. P. 405.

dos alcoolistas estão sujeitos a convulsões, meningites, epilepsia”. Sustentando-se em Legrain, Araujo leva o agir do álcool até práticas de ordem moral na época:

“As crianças que escapam a qualquer uma destas manifestações de heredoalcoholismo trazem, contudo, uma moral degradada, que o esforço da educação não pode suprimir. Todos têm uma tendência especial para se degenerarem. Tornam-se, bem cedo, onanistas ou pederastas ativos ou passivos e sentem-se felizes na sua degradação moral”⁸⁰².

Na década de 1920 no Chile, uma tese similar do titular da cadeira de Patologia Geral da Faculdade de Medicina, Armando Larraguibel, em um manual da sua disciplina, sustentava a importância da embriaguez na fecundação, dizendo que:

“tiene gran importancia en la producción de las taras en los descendientes. El hijo concebido durante una sola embriaguez, puede nacer tarado y esperará más tarde sólo la causa ocasional para que estallen en él las diferentes condiciones mórbidas”⁸⁰³.

3.4. Terapêuticas do alcoolismo: restauração da vontade e o ideário da abstinência

Como já foi expresso por alguns autores citados anteriormente, a faculdade afetada pelo alcoolismo é a noção esquiroliana da vontade. Beca dizia que, embora nos bebedores a lucidez intelectual e a consciência estejam íntegras, “la voluntad se encontraría paralizada e incapaz, cediendo así a las obsesiones e impulsiones”⁸⁰⁴. No Brasil, Joaquim Nova, em 1894, também acusava a vontade como a faculdade principalmente afetada pelo álcool, definindo esta como “o que os filósofos metafísicos chamam a faculdade da alma nada mais é do resultante do conflito de diferentes forças passadas no domínio da razão e da sensibilidade”⁸⁰⁵.

Santos comenta que a dipsomania, resultante do processo de ‘alienização’ do alcoolismo e fortemente vinculada às teorias da degeneração e da hereditariedade, foi uma entidade mórbida que era caracterizada pela perda do controle do indivíduo sobre a

802 ARAÚJO, Guilherme Vítor de. *D’ação do álcool e do fumo sobre o nervo optico*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro. 1917, P.15. *Apud*. Santos, 2010. P. 405.

803 LARRAGUIBEL, Op. cit. P. 294.

804 BECA, 1892 (a). Op. cit. P. 296.

805 NOVA, Op. cit. P. 67.

vontade própria, ou seja, uma impulsão irresistível que tomava conta da pessoa⁸⁰⁶. Isso abria para a categoria diagnóstica em construção um grau de periculosidade não apenas para o indivíduo, mas para sua família e para o conjunto social.

No final do século XIX, no Chile, detalha-se desta forma a perda da vontade:

“pérdida de la memoria; embotamiento de la sensibilidad; dificultad; lentitud i esterilidad cada vez mayor de la inteligencia; debilitamiento gradual i al fin pérdida o perversión absoluta de la voluntad; atrofia de la actividad; supresión de la iniciativa; de la reflexión i de la previsión; irritabilidad extrema i perversión absoluta del sentido moral i de las facultades afectivas”⁸⁰⁷.

No Brasil, uma tese de 1918 abordava a perda de vontade no caso do dipsômano e descrevia que ele:

“é um tarado, um impulsivo, um degenerado, que pela mesma razão por que rouba o kleptomano e incendia o pyromano, é levado a absorver quantidades enormes de álcool. Bebe sem prazer, sem desejo, estúpida e grosseiramente, não importa que especie de bebida; bebe automaticamente, sem saber mesmo porque o faz. Uma força superior à sua vontade obriga-o a assim agir, e nesses acessos, verdadeiras crises que se manifestam espaçadamente com intervallos de semanas e de mezes, afim de satisfazer a uma imperiosa necessidade, um irrefreavel e atroz desejo que invade todo o seu eu, incoscientemente por assim dizer, elle entrega-se aos excessos alcoolicos para saciar a sua sêde puramente psychica”⁸⁰⁸.

A incapacidade de dominar sua vontade, acusada nos alcoólatras, permitem aos médicos relacionar o uso de álcool com a periculosidade para o corpo social. Condutas como o roubo, desperdício de dinheiro em bebidas, brigas e assassinatos apareciam fartamente nas descrições médicas da conduta do alcoolismo. Para o caso do Brasil, Santos comenta que na divisão do alcoolismo em três estágios, a medicina dava ao segundo o status de “período furibundo” ou “período do crime”⁸⁰⁹. Dessa forma, as bebidas alcoólicas passaram a ser consideradas dentro da etiologia da doença alcoólatra. O médico Paulo Santos, em sua tese de 1900, citando Lombroso, dizia que:

806 SANTOS *et All.*

807 SILVA Cruz, Carlos. *La interdicción por ebriedad*. Memoria de prueba Licenciado en Leyes y Ciencias Políticas, Universidad de Chile. Santiago, 1898. P. 25

808 COSTA, Op. cit. P. 58.

809 SANTOS *et All.* Op. cit.

“Segundo Lombroso, ele (o álcool) está em primeiro plano na etiologia do crime, pois, muitas vezes, antes de ser alienado, o alcoolista é o ladrão, é o assassino, é o coveiro da honra e do bem-estar da família, relativamente ao desperdício de energias preciosas para a riqueza econômica dos diversos países da Europa, não se pode desconhecer o papel importantíssimo do álcool”⁸¹⁰.

Em outra tese, de 1907, percebe-se um discurso repetido pelos médicos da época na descrição das ebriedades, que é o corpo dos sujeitos analisados como local de um teatro que convoca um imaginário pavoroso:

“o aspecto do ébrio tem algo de selvageria, de inexprimível ferocidade, que repugna, que apavora; o seu caráter transformou-se de alegre e expansivo que era, em turbulento e agressivo; o bêbado não tem mais um vislumbre de razão, é um inconsciente e impulsivo. É o estado em que o homem fica reduzido às condições de um irracional, capaz de tudo”⁸¹¹.

As descrições dos estados de embriaguez, tanto no Brasil como no Chile, estabelecem a periculosidade do alcoólatra no amplo campo de possibilidades dos comportamentos atribuídos à loucura. Uma tese de medicina de 1910, feita em Santiago, dizia respeito ao homem bebedor:

“que a cometido un acto punible, en una indiferencia soberana: no le conmueve ni le arredra su situación de criminal. Comete alborotos, atropella a la autoridad i no se da cuenta de sus actos; ejecuta un crimen i queda ante el cadáver, sonriente a veces, con los ojos horriblemente abiertos, otros, abismado i como queriendo adivinar si su acción es o no plausible, más nunca se despierta su conciencia i raras veces alumbraba un rayo de la luz en su cerebro”⁸¹².

As condutas de periculosidade descritas pelos médicos exigem intervenção terapêutica, ampliando o campo de competência da psiquiatria. As propostas, tanto no Brasil como no Chile, na virada do século justificam o internamento asilar como principal profilaxia para o alcoolismo. Um médico que reproduz um tratamento de autoseroterapia em alcoólatras na década de 1930 comenta que “el alcoholico no tiene

810 SANTOS, Paulo F. *Da cirrose hepática e seu tratamento*. Tese FMFR, Rio de Janeiro, 1900. P. 11.

811 ARANTES, José Augusto. *A embriaguez*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1907. Pp. 11-12. *Apud* Santos, 2010.

812 LABRA, Op. cit. P. 7.

porque temerle al médico y, si éste participa en la lucha antialcohólica, lo hace no tanto como médico, sino como psicólogo y sociólogo"⁸¹³.

Uma prática habitual será exigir o abandono total do uso de embriagantes aos bêbados, o que vai gerar, em alguns casos, os quadros de delírio por abstinência que forneceram observações comportamentais e fisiológicas que permitiram gerar relatos da doença. Dessa forma, os corpos dos alcoólatras serão objeto do olhar terapêutico atento a cada alteração na sua conduta, manifestações sensíveis e sua fisiologia. Isso fornecerá elementos para uma descrição nosográfica da nova doença, produzindo um saber sobre a ebriedade segundo os padrões de pensamento médico: procura-se uma etiologia, são descritos sintomas e estágios com as suas correspondentes manifestações clínicas.

As legislações referidas às doenças mentais permitiram o internamento compulsório nos asilos. No Chile, uma lei de 1892 outorga sustento jurídico ao encerramento contra a vontade dos sujeitos e estabelece fundar estabelecimentos especiais para os alcoólatras. Em 1902, é promulgada a primeira lei de alcoóis (Nº 1.515), que em seu Título II criou um Asilo de Temperança. A legislação permitia encerrar aos sujeitos por um período de 3 a 12 meses. Mas não será até 1912 que começará a operar o Asilo de Temperancia anexo à Casa de Orates, no momento que se promulga uma nova lei de alcoóis. No Brasil, em 1903 foi promulgada a primeira Lei de Assistência aos Alienados (Lei 1.131), promovida pelo ex-diretor do Hospício Nacional e, desde 1899, deputado federal Teixeira Brandão. A legislação implicou na estatização do hospício e adotou o modelo de portas abertas de internamento e controle médico da loucura.

A internação compulsória nos espaços manicomiais permitirá um poder direto e horizontal do médico sobre os bêbados. Operando através de uma coerção dissimulada, a terapia persegue o controle das rotinas, das dietas e do espaço.

No Chile, ao mesmo tempo em que ocorre a abertura do asilo, exigia-se colônias para o tratamento dos alcoólatras. Como o alvo almejado era a regeneração, o tratamento abrangia todos os aspectos da vida dos pacientes. Uma cartilha de propaganda antialcoólatra de 1909 solicitava penalizar a embriaguez com trabalhos forçados porque “los ebrios consuetudinarios y los con *delirium tremens* deberán ser considerados divorciados del seno del hogar y de la sociedad, en interdicción provisoria,

813 GUTIÉRREZ, 1933, Op. cit. P. 10.

mientras no se regeneren y si no se regeneran, durante toda su vida”⁸¹⁴. No momento de definir o sentido das colônias penais, a cartilha diz que se trata de “una escuela de buenas costumbres para el que se ha desviado del buen camino durante la vida; un sanatorio de cura de la miseria física y moral”⁸¹⁵.

No Brasil, as propostas de fazer colônias para doentes mentais são feitas na mesma época que no Chile. O médico Maurício de Medeiros exigia criá-las como primeiro passo para a gestão do alcoolismo, “instituído-se um sistema de recolhimento com trabalhos e diversões, que minorem o delírio e extingam o vício”⁸¹⁶. No mesmo ano, o médico Márcio Neri calculava que a reclusão dos alcoólatras deveria ser por, mais ou menos, três meses, com o intuito de obter a cura do delírio e a correção do vício alcoólico para que não experimente recidivas⁸¹⁷.

Se no campo social os terapeutas promovem a educação e propaganda, no plano individual a intervenção médica procura a ‘regeneração’ do alcoólatra expresso na abstinência das bebidas alcoólicas. O agente de cura é o psiquiatra que, seguindo a tradição do alienismo de Pinel, coloca-se no papel de tutor, médico e condutor da regeneração dos pacientes. A terapêutica opera em um nível orgânico fisiológico com o uso de fármacos, mas também em nível social, orientado a retificar a conduta dos sujeitos.

Os psiquiatras definiram o trabalho e as ocupações a serem desempenhadas pelos pacientes, o regime de recompensas pelo trabalho, a alimentação, o abrigo e as visitas. Quanto ao Chile, na segunda metade do século XIX, o médico Vergara Flores afirmou que se aplicavam as terapias propostas por Magnus Huss, que preconizava o afastamento das causas, o melhoramento da nutrição geral e das forças assimiladoras⁸¹⁸. Em 1892, junto com o detalhamento das regras, o psiquiatra Beca observa que “Los enfermos recientes no debe ser visitados, pues que con ello se esteriliza la eficacia de uno de los principales objetos de la secuestración: el aislamiento”⁸¹⁹. A corporação terapêutica reclama o domínio total da vida dos indivíduos definidos como alcoólatras.

O arsenal terapêutico modifica-se no percurso da época estudada. O tratamento que intencionava “acordar a ação nervosa” apelava a medicamentos como as sanguessugas, enemas alcalinas, tártaro emético, ipecacuanha, digital, ópio, brometo de

814 MORAGA Porra. *Propaganda antialcohólica*, Santiago, 1909. P. 14.

815 *Ibid.*

816 MEDEIROS, Op. cit. P. 162. *Apud Santos et All*, Op. cit. P.425.

817 NERI, Op. cit. P. 354.

818 VERGARA, Op. cit.

819 BECA, 1892 (a). Op. cit. P. 276.

potássio, cloral, morfina e camisa de força⁸²⁰. Em 1892, Beca comenta a respeito de um paciente que levava oito dias no Manicômio que “el delirio ha pasado; ha recuperado el sueño y se trata de no darle su salida sino después de practicársele algunas inyecciones hipodérmicas con bicloruro de oro, preconizada últimamente por Keley para combatir el alcoholismo”⁸²¹. Em 1905, uma tese em Direito sobre a necessidade de um asilo dizia que o tratamento para os alcoólatras busca a “sustracción inmediata i radical de las bebidas alcohólicas”. No arsenal terapêutico utilizado figuram as infusões, purgantes, massagens, banhos de vapor, descanso, exercício, sauna e dieta abundante. Para os mais refratários ao tratamento, recomendava-se o uso de “inyecciones de nitrato de estricnina en pequeñas dosis para lograr la intolerancia al alcohol”. Ao mesmo tempo, ocorriam tratamentos por hipnose e eletricidade⁸²².

Na década de 1930, no Chile, aparecem publicados os resultados de um experimento com um tratamento de seroterapia em alcoólatras. Alejandro Gutiérrez aplicou, entre 1925 e 1930, um método desenvolvido em 1903 por Sapelier e Dromard em Paris nos internos do Asilo de Temperança⁸²³. Tratava-se de um procedimento experimentado primeiro com animais. Sapelier alcoolizou vários animais através da dieta, gerando dependência. Fez o mesmo com um cavalo e injetou o soro deste nos outros animais, e observou que rejeitavam qualquer tipo de álcool. Depois, aplicou o soro em homens e publicaram os resultados da terapia. Gutiérrez comenta que o tratamento, em 1924, já era usado nos hospitais da França⁸²⁴. No Chile, Gutiérrez reportou ter tratado 60 alcoólatras, dos quais nem todos obtiveram sucesso na terapia. O procedimento descrito por ele foi a escolha de alcoólatras, que foram embriagados durante 1 ou 2 dias com a sua bebida favorita. Após, esperou 12 horas para fazer uma sangria e retirar-lhes 150 cc. de sangue, amostras que foram deixadas por 12 dias em fogões a 37°. Adicionou-se depois 30 cc. de soro e a mistura foi centrifugada e conservada em frascos esterilizados. O tratamento foi de 1 frasco ao dia por injeção subcutânea (doses de 1 cc., 2 cc. e até 5 cc.)⁸²⁵ e os resultados, segundo Gutiérrez, é que os pacientes "experimentan repugnancia por todo lo que contenga alcohol, repugnancia

820 COSTA-CASARETTO, 1991. Op. cit.

821 BECA, 1892 (a). P. 276.

822 TORRES Pinto, A. *Asilos para alcohólicos. Como medio de lucha contra el alcoholismo*. Memoria de Prueba para optar al grado de licenciado d la Facultad de Leyes i Ciencias Políticas, Universidad de Chile, 1905.

823 Sapelier e Dromard. *L' alcoholomanie (Intoxication aleoolique latente)*, Paris, 1903. Sapelier também dizia que o alcoolismo se calcava exatamente como a intoxicação morfínica.

824 GUTIÉRREZ, Op. cit. P. 11.

825 Ibid. P. 19.

que es tan intensa que al sólo recuerdo de una bebida alcohólica se traduce en vómito". O problema é que os pacientes reincidem depois de finalizado o tratamento⁸²⁶.

No Brasil, Santos comenta que as terapias do começo do século utilizavam choques elétricos, usados tanto para diagnosticar algumas perturbações dos nervos como para reativar funções cerebrais, e também injeções de soro antialcoólico e de estriknina, esta para “excitar os centros medulares que regem as partes degeneradas”⁸²⁷.

O tratamento em ambos os países persegue a cura dos alcoólatras, entendida como abstinência ou temperança, ou seja, do abandono total do uso de bebidas. Se os desdobramentos das doutrinas da higiene mental em um nível social almejam o sono político da comunidade pura, em um nível individual aplicam-se terapêuticas de purificação dos corpos dos alcoólatras.

826 Ibid. P. 35.

827 RANGEL, Eurico. *Da nevríte alcoólica*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1910. *Apud* Santos, 2010. P. 416.

QUADRO 7
FONTES LEVANTADAS SOBRE ALCOOLISMO NO BRASIL E NO CHILE
(1874-1933)

ANO	AUTOR	TÍTULO	REFERÊNCIA
1874	Augusto Orrego Luco	Causas indirectas de la alucinación mental	RMCh. Ano II, Nº 11, maio de 1874 *
1879	Clotario Salamanca	Efectos del Alcohol	TFMUCH. RMCh, Tomo VII. 1878-1879 **
1880	Tito de Sá Macedo de Carvalho	Dos alcoólicos: sua ação fisiológica e terapêutica	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1880 ***
1891	Federico Puga Borne	Elementos de Higiene	Santiago, 1891
1892	Valentin Magnan	Da dipsomania	Brazil Médico, 1892
1892	Luis Vergara Flores	Alcoholismo y degeneración	TFMUCH. RMCh, Tomo XX, 1892
1892	Manuel Francisco Beca	El Alcoholismo	RMCh, Tomo XX, 1892
1892	Manuel Francisco Beca	Una de las causas del alcoholismo crónico	RMCh, Tomo XX, 1892
1892	Manuel Francisco Beca	Alcoholismo y criminalidad	RMCh, Tomo XX, 1892
1892	Moises Loyns Cerda	Alcoholismo inveterado como causa de dejenacion hereditaria	TFMUCH, Santiago, 1898
1893	Marcio Nery	A loucura alcoólica e seu tratamento	Brazil Médico, Ano VII, 1893
1894	Joaquim José Nova	Capacidade civil dos alcoolistas	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1894
1897	Francisco Beze	El alcoholismo, estudio y estadística	Santiago de Chile, 1897
1898	Ángel Sanhueza	Alcoholismo Hereditario	RMCh. Tomo 26. 1898.
1898	Carlos Silva Cruz	La interdicción por ebriedad	Memoria de prueba Licenciado en Leyes y Ciencias Políticas, Universidad de Chile. Santiago, 1898.
1899	Jorge C. Rodríguez	La cuestión del alcoholismo. El monopolio o el impuesto	TFMUCH, Santiago, 1899.
1900	Jonathas Pedrosa	Do alcoolismo como causa da degeneração	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1900
1904	Artur Alves Bandeira	Gangrena social	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1904
1904	Manoel Cintra Barbosa Lima	Alcoolismo hereditario	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1904

ANO	AUTOR	TÍTULO	REFERÊNCIA
1905	A. Torres Pinto	Asilos para alcohólicos. Como medio de lucha contra el alcoholismo.	Facultad de Leyes i Ciencias Políticas, Universidad de Chile, 1905
1906	Maurício de Medeiros	Notas de um antialcoolista	ABPNSA, N.2. Rio de Janeiro 1906 ****
1907	José Augusto Arantes	A embriaguez	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1907
1909	José T. Borda	Contribución al estudio de las alteraciones celulares de los centros nerviosos en las formas graves de la psicosis alcohólica	ABPNML, Ano III, N° Especial do IV Congresso Médico Latino-Americano, 1909 *****
1909	Márcio Neri	Psychoses alcoólicas	ABPNML, Ano III N.3-4, 1909
1909	Moraga Porra	Propaganda antialcohólica	Santiago, 1909
1910	G. Bermudez.	Manual de Temperancia	Santiago, 1910
1910	Armando Labra Carvajal	La locura ebriosa considerada bajo el punto de vista médico-legal	TFMUCH, Santiago, 1910
1910	Estrada Duque	Ethio-Pathogenia do Delirio Alcoolico (contribuição ao seu estudo)	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1910
1910	Eurico Rangel	Da nevríte alcoólica	TFMRJ, Rio de Janeiro. 1910
1917	Guilherme Vítor de Araújo	D'ação do álcool e do fumo sobre o nervo óptico	Tese FMRJ, Rio de Janeiro. 1917
1918	Alfredo Carruthers Ribeiro da Costa	Contribuição ao estudo do alcoolismo	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1918
1922	Armando Larraguibel	Patología General	Editorial Scientia, Santiago, 1922
1925	Adauto Botelho	Pressão do Liqueur nas Doenças Mentais	Revista dos Tribunaes, Rio de Janeiro, 1925
1925	Henrique Roxo	Manual de Psychiatria	Rio de Janeiro, 1925
1927	Paulo do Rêgo Maciel	Do alcoolismo e suas consequências	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1927
1933	Alejandro Gutiérrez	Contribución al Tratamiento del Alcoholismo, autoseroterapia	Santiago, 1933

* RMCh: Revista Médica de Chile

** TFMUCH: Teses Faculdade de Medicina, Universidad de Chile.

*** TFMRJ: Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

**** ABPNSA: Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins.

***** ABPNML: Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.

*

*

*

A estabilização da noção de ‘psicose tóxica’ como o estado que conecta a loucura com as ebriedades será a principal âncora para o avanço da psiquiatria em direção a outras formas de ebriedade. Sua conceituação, tanto no Chile como Brasil, foi articulada pelo pensamento médico como um vício das camadas populares de ambas as sociedades, constituindo-se como o principal agente contra a saúde da raça, em um momento em que se redefiniam os âmbitos de intervenção estatal nas práticas cotidianas. Tratava-se de um momento de disciplinamento do corpo social que visava produzir tanto uma população sadia como uma massa assalariada. Para a empreitada, o álcool constituiu seu principal inimigo.

A patologização do consumo do álcool também se desvinculou da tradição que remonta a medicina galênica, que considerava as bebidas fermentadas e destiladas como terapia e alimento. A controvérsia da medicina higienista na última década do século XIX foi encerrada quando circularam, nos dois países, saberes produzidos principalmente na França (Lancereaux, 1878; Magnan, 1888; Legrain, 1895), que acusavam uma degeneração completa do organismo intoxicado por bebidas alcoólicas. Dessa forma, a emergência do alcoolismo como categoria diagnóstica foi determinada pela tradição do alienismo francês. O modelo de degeneração que vigorou desde o fim do século XIX até as primeiras décadas do século XX viabilizará o quadro de inteligibilidade possível para a aparição da figura do alcoólatra nos discursos médicos. A divisão entre as formas da loucura alcoólica (maníaca e melancólica) e seus graus (acessos agudo, subagudo e superagudo; ou a distinção entre agudos e crônicos), também foram fornecidos pela tradição alienista francesa, que também outorgou subsídios para a conversão do uso de álcool em doença em um campo que, com o tempo, tornar-se-ia um elemento central das práticas biomédicas: os ensaios fisiológicos feitos por Bernard e Magnan circulam como modelos experimentais para comprovar os efeitos do álcool no organismo.

Os experimentos procuram conectar os efeitos observados na ebriedade com lesões orgânicas. De alguma forma, pavimentam o caminho proporcionando fatos para a inserção do alcoolismo no quadro exigido às condutas e para se tornar doença mental segundo o modelo organicista que se instalaria com Kraepelin a partir do século XX. A

rota do álcool passará pelo estômago, rins, fígado e circulação até chegar ao cérebro. Os centros bulbares e a medula também são atingidos no caminho estabelecido pela psiquiatria. Com o desenvolvimento das técnicas de coloração e o aprofundamento do olhar sobre as células das primeiras décadas do século XX, explicam a ação do álcool em nível celular, “asfixiando a célula e o protoplasma”. A ‘hyperemia celular’, definida por Roxo em 1925, será capaz de definir as condutas dos alcoólatras. Tal vínculo opera entre o orgânico e o comportamental, e está entre os fatos contraditórios encontrados nos gabinetes de anatomia patológica e das observações clínicas.

O regime clínico de observação contínua e exame constante produzirá conhecimentos sobre o uso de bebidas alcoólicas. No Asilo de Temperança, os discursos médicos modelaram a etiologia, as formas, os sintomas e o percurso da doença. Descreveram os efeitos sobre as faculdades intelectuais e as condutas morais dos sujeitos. No relato que vai relacionando a psiquiatria ao bebedor, que é em geral um homem, experimentará o transcorrer da normalidade à doença mental, caracterizado pela perda das faculdades básicas da razão. Esse abandono de si seria produto das alterações da realidade provocadas pela infecção das células nervosas pelo álcool. Ao mesmo tempo, os sujeitos perdiam as características normativas de trabalhador ou pai de família. No percurso, enumera-se a perda de respeito, do sentido moral, da inteligência e das virtudes.

O delírio alcoólatra, seja em suas formas como *delirium tremens* ou em sintomas como a alucinação, será o fato que permite vincular a embriaguez com a loucura. A loucura alcoólica tem no delírio seu eixo articulador, o epicentro que irá convocar os psiquiatras interessados em suas formas e seus conteúdos. Ao mesmo tempo em que Lasègue vinculava os sonhos com o delírio alcoólatra, Moreau de Tours, inspirado pelo haxixe, abria a porta para considerar os delírios como possíveis em pessoas sadias e sistematizava, na obscura noite do delírio, estados intermediários. A virada do século irá trazer ao Brasil e ao Chile as categorias psiquiátricas de Kraepelin, que reconfiguraram o mapa do delírio alcoólatra, instalando a noção de ‘psicose tóxica’, principal sintoma das intoxicações crônicas, entre as que aparecem o alcoolismo, o morfismo e o cocainismo.

Para o campo das ciências psiquiátricas latinoamericanas, a patologização do uso de bebidas embriagantes estimulou o desenvolvimento de procedimentos de verossimilhança que, junto à propagação das doutrinas psiquiátricas, concorria para a

institucionalização do campo científico. No século XIX, serão utilizadas técnicas de verossimilhança como a estatística, utilizada em abundância para relacionar o alcoolismo à hereditariedade, como nos trabalhos de Beca (1892), Roxo (1900) e Peixoto (1904), dedicados a estabelecer uma preocupação a respeito do alcoolismo a partir de sua magnitude em relação a outras categorias diagnósticas. O século XX trará os estudos anatomopatológicos de Borda (1909), que testa ideias européias quanto à relação entre lesões celulares e alcoolismo; os experimentos com punções para modular o líquido cefalorraquidiano de Botelho (1925); e os ensaios de seroterapia testados como terapêutica por Gutiérrez (1933).

CAPÍTULO IV

ANESTÉSICOS E ESTIMULANTES, MÉTODO EXPERIMENTAL E TOXICOMANIA

No século XIX irá acontecer uma mudança fundamental na terapêutica. O desenvolvimento da química para identificar compostos ativos e, desta forma, obter as propriedades das plantas usadas pela medicina tradicional, multiplicadas em poucos centímetros cúbicos, implicou em uma mudança radical para a cirurgia. As corporações terapêuticas do Chile e do Brasil foram otimistas a respeito do uso destas substâncias e, fundamentalmente no caso do Brasil, foram realizados vários experimentos seguindo o padrão instituído por Claude Bernard para a medicina experimental. Neste capítulo, vamos acompanhar a recepção destas substâncias em ambos os países, colocando especial atenção às práticas laboratoriais desenvolvidas. Revisaremos primeiro o uso tradicional do ópio pela medicina no começo do século XIX e o otimismo gerado com a difusão do éter e do clorofórmio em meados do século. Ao mesmo tempo, prestaremos atenção aos ensaios feitos, que estão descritos nas teses de medicina e farmácia revisadas. Dessa forma, configuraremos um mapa geral das operações feitas com as substâncias estimulantes, como a nicotina e a cafeína; anestésicos, como a morfina e a cocaína; substâncias consideradas como hipnóticas, como a heroína; e as utilizadas em terapias nos asilos para doentes mentais, como o cânhamo. Esse panorama visa demonstrar como, na virada do século, a estabilização de várias substâncias feitas em espaços laboratoriais será utilizada para constituir a categoria diagnóstica da toxicomania.

Os anestésicos e estimulantes constituem um campo de experimentação frutífero para o desenvolvimento da fisiologia experimental. Por isso, atentaremos aos ensaios laboratoriais feitos com algumas dessas substâncias, sobre as quais os mesmos cientistas envolvidos salientam como método de proporcionar fatos que outorgam verossimilhança aos enunciados científicos. Esses ensaios também produzem um saber sobre a ebriedade, mais especificamente sobre a interação das drogas com o corpo humano. Uma tese dedicada ao envenenamento pela nicotina, feita em 1891 no Brasil, salientava o modelo de pesquisas de Claude Bernard, dizendo que se tratava de uma

“fecunda intervenção do methodo experimental na elucidação dos phenomenos physiologicos, uma lei geral, que dentro de certos limites não soffre contestação”⁸²⁸. O defensor da tese afirmava que os ensaios fisiológicos permitiam ver como a eletricidade e ‘substâncias tóxicas e medicamentosas’ excitam as células nervosas, proporcionando um vasto campo de pesquisas:

“A experimentação prova-nos que sob a influência de uma excitação pouco intensa as propriedades da célula nervosa são primeiramente exaltadas e que uma excitação mais prolongada ou mais forte as deprime. Resultados confirmativos desta verdade são fornecidos pelo excitante por excelência dos laboratórios: a electricidade, e pelas substâncias tóxicas e medicamentosas que elegem o sistema nervoso para domínio exclusivo de sua ação”⁸²⁹.

Na primeira metade do século XIX apareceram diferentes anestésicos que mudaram completamente os espaços cirúrgicos, como a morfina, o éter e o clorofórmio. Ao longo da segunda metade do século XIX às primeiras décadas do século XX, essas substâncias, junto à atropina, heroína, cafeína e nicotina, entre outras, foram usadas em ensaios laboratoriais com animais e em autoensaios. Neste capítulo, vamos acompanhar este processo que, por um lado testa em animais e pacientes as substâncias, e, ao mesmo tempo, faz ensaios com substâncias purificadas, segundo o modelo de Bernard⁸³⁰.

A substância psicoativa que aparece na alvorada das práticas médicas do século XIX é o ópio. O ópio já tinha se tornado uma panaceia no século XVII. Carneiro comenta que a disseminação medicamentosa do ópio como antitussígeno, antidiarreico e analgésico se espalha por toda Europa⁸³¹. Uma tese dedicada ao ópio no Brasil, feita em 1839 por Luiz Antonio Chaves, intitulada *Dissertação sobre o ópio, de sua acção sobre a economia animal, e dos casos que reclamam seu uso precedida de considerações gerais sobre o systema nervoso*, comenta as qualidades analgésicas reconhecidas da planta. O trabalho está inserido na medicina humoral que vigorava naquela época, para a qual o ópio é um agente exclusivo das simpatias. Chaves evidencia os usos médicos

828 PAÇO, Bento Carvalho do. *Do envenenamento pelo fumo e pela nicotina*. Typ Moreira Maximino & Cia., Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1891. P. 18.

829 Ibid. P. 18.

830 Bernard em várias de seus trabalhos, iniciados com os efeitos do curare, aperfeiçoa o modelo para as ciências laboratoriais. Os mais citados são *Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses* (1857); *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux* (1858) e *Introduction à l'étude de la médecine experimental* (1859).

⁸³¹ CARNEIRO, 1994. Op. cit. P. 122.

em diversas doenças, estuda a história de ópio e seu consumo em diferentes culturas, visando considerar as suas qualidades, e a considera uma das substâncias mais célebres na história da medicina. Apoiando-se na antiguidade do seu emprego, define “suas altas virtudes”:

“A dôr mais atroz, acalma-se como por encanto; concilia o somno que abandonava as palpebras, metiga nossos males, mesmo os mais incuraveis, tudo isto são os beneficos effeitos causados pelo uso bem entendido do ópio”⁸³².

Para Chaves, os efeitos do ópio se dão principalmente sobre o sistema nervoso. Na inteligibilidade da sua época, o sistema nervoso na ‘economia animal’ era integrado pelo cérebro, os nervos e os gânglios. O autor comenta que o sistema nervoso está constituído pelos nervos e vasos; conecta o sistema muscular, o coração, o estômago, o aparelho locomotor, e também as funções intelectuais. Através do sistema nervoso, dar-se-ia a transmissão das impressões externas para o centro do corpo e depois para os órgãos. Dessa forma, explica a influência das impressões no instante de provocar mudanças na fisiologia do organismo. O cérebro também era o instrumento e o centro das operações intelectuais⁸³³.

Os primeiros esforços da medicina são dirigidos contra a dor, destaca Chaves. Por isso, salienta as propriedades do ópio sobre a economia animal. Comenta que “de todos os medicamentos narcóticos, o ópio é o mais enérgico”⁸³⁴. Mitiga as dores como por um “poder mágico”, descreve sem deixar de aconselhar sua administração com muita circunspeção. Em doses fracionadas, recomenda o ópio como calmante. Descreve que através do estomago, o ópio produz efeito uma ou duas horas depois da ingestão. Logo se desenvolve um sono calmo e tranquilo, aparecendo apenas em alguns casos “uma sorte de estase”⁸³⁵. A absorção dos elementos ativos do ópio provocam uma ação no cérebro e os nervos que dependem dele. Chaves explica que:

“Estes órgãos são postos em uma debilidade, um entorpecimento, uma sorte de inercia mui pronunciada: secundariamente a sensibilidade de todas as partes é abolida, todas as funcções que são intertidas pela influencia nervosa

832 CHAVES, Luiz Antonio. *Dissertação sobre o ópio, de sua acção sobre a economia animal, e dos casos que reclamam seu uso precedida de considerações gerais sobre o systema nervoso*, FMRJ, Rio de Janeiro, 1839. P. 16.

833 Ibid. P. 5.

834 Ibid. P. 19.

835 Ibid. P. 20.

recebem um choque mais ou menos profundo do efeito debilitante do opio; cujos desarranjos constitue o narcotismo”⁸³⁶.

A narcose é descrita por Chaves como efeito de uma alta dose, que também implica o risco de morte⁸³⁷. Sua aproximação do fenômeno aborda uma inteligibilidade que destaca as doses utilizadas para a avaliação do risco da substância. Não se evidencia na tese de Chaves um risco inerente à substância, mas sim ao risco associado à dosagem. O autor descreve o ‘narcotismo’ como:

“entorpecimento geral com peso na cabeça, modorra, somnolencia, vertigens, nauseas, vômitos, cardialgia, uma sorte de embriagez, delirio: pupilas dilatadas de uma maneira notável, movimentos convulsivos em algumas partes do corpo, suores frios. Um estado apoplético vem substituir a todos estes phenomenos; o pulso até então cheio, e forte, torna-se pequeno, frequente, e desigual, e a morte não tarda em chegar, si se não der um antidoto á este aparato terrivel de symptomas”⁸³⁸.

Para Chaves, a sede de todos estes fenômenos de narcotismo é o encéfalo. Na inteligibilidade médica da época, este órgão conecta o cérebro com os outros órgãos através dos nervos. Dessa forma, o autor comenta que os efeitos do ópio são transmitidos a todo o corpo por meio dos nervos. Por isso o efeito que provoca são uma “série indispensável da abolição forçada dos sentimentos”⁸³⁹. Ao mesmo tempo, o ópio suspende momentaneamente a atividade cerebral. Desta forma, Chaves explica a perda de dor provocada pelo ópio, ou seja, operando através de uma percepção diminuída.

Ao mesmo tempo, comenta Chaves, o ópio produz uma circulação mais ativa. Isso evidencia uma controvérsia científica da época. Se o ópio resulta ser um poderoso narcótico que anestesia o corpo, como se explica o aumento da circulação do sangue e a manutenção das faculdades respiratórias? Diante da polêmica sobre situar o ópio entre os excitantes ou debilitantes, Chaves prefere não ser taxativo. Ele comenta apenas que o ópio parece diminuir a energia vital do cérebro, sua comunicação e as relações simpáticas com outros órgãos, interceptando as vias pelas quais se propaga a dor⁸⁴⁰.

836 Ibid. P. 16.

837 Ibid. P. 18.

838 Ibid. P. 20.

839 Ibid.

840 Ibid. P. 27.

A respeito dos usos terapêuticos, a tese de Chaves evidencia um amplo espectro de doenças para as quais o ópio era utilizado na sua época. Primeiro, parte por dizer que ação do ópio sobre o cérebro, cerebelo, mesoencéfalo, medula espinal e os sistema dos nervos ganglionares o torna fecundo como produto curativo⁸⁴¹. Sentencia que “todavia não há doenças em que ele não tenha sido empregado”⁸⁴². Chaves diz que, se aplicado em pequenas doses, é um remédio para as doenças por irritação, porque estão sob a influência do encéfalo. Em altas doses, era usado nos tétanos, paroxismos de certas febres e afecções onde o erethismo é contínuo. Também detalha seu uso em inflamações locais, pleurisias e pneumonias, gastrites, tétanos traumáticos, epilepsia, histeria⁸⁴³. Uma fórmula usada são os clisteres opíados em estrangulamento de hérnias, convulsões, febres intermitentes, coqueluche, vômito nervoso e *delirium tremens*. Também comenta seu uso para o priapismo e ninfomania, doenças que define do aparelho genital⁸⁴⁴. Outro uso do ópio era como paliativo para o câncer do útero e em aplicações tópicas, junto ao mercúrio, na sífilis. Para as hemorragias, comenta que produz inércia dos capilares. Suas qualidades também são salientadas para os cólicos e diarreias, diabetes, já que age diminuindo a abundância de urina e produzindo ureia. Finalmente, refere-se ao uso do ópio para febres intermitentes, gastralgias e gastroenteralgias. Essas últimas são explicadas pela inteligibilidade que conectava o cérebro com os órgãos do corpo através dos nervos. As doenças do estômago eram vistas como ‘nevroses gastrointestinais’, que eram produto da exaltação da sensibilidade nervosa dos órgãos digestivos⁸⁴⁵.

No Chile, desde o período independentista (1810), há fontes que abordam o uso do ópio como medicamento. Uma história da medicina chilena feita pelo médico Lautaro Ferrer (1904) evidencia seu uso junto ao sal da Inglaterra e do tártaro emético pelo médico britânico Nataniel Cox, um dos primeiros que chegou a Santiago. Também comenta que para o médico francês Francisco Julio Lafargue⁸⁴⁶, “el opio a grandes dosis, era la base de su medicacion”⁸⁴⁷.

Em 1877, aparece pela primeira vez na *Revista Médica de Chile*, na seção de comunicados, uma menção ao uso do ópio nas anemias cerebrais produzidas por

841 Ibid. P. 31.

842 Ibid. P. 32.

843 Ibid. P. 32 e 33.

844 Ibid. P. 36.

845 Ibid. P. 37.

846 Médico francês que chega ao Chile no final de 1840 para ocupar a cátedra de anatomia y fisiologia, na origem da Faculdade de Medicina.

847 FERRER, Pedro Lautaro. *Historia general de la medicina Chilena*. Talca, 1904. P. 430 e 417.

afecções no coração. Descreve-se que o ópio “es el mejor medicamento eupnéico” (dispneia) e se destacam sua ação tônica para afecções adinâmicas, caquéticas ou anêmicas, devido às suas “cualidades hiperemiantes de los centros nerviosos”⁸⁴⁸. Em 1885, comenta-se do uso da medicação etéreo-opiácea na varíola⁸⁴⁹, doença que teve vários surtos no Chile na segunda metade do século XIX.

4.1. Os vapores do éter e o clorofórmio

A hegemonia do ópio como calmante será disputada por volta de 1840 com a aparição dos anestésicos como o éter, o clorofórmio e o hidrato de cloral⁸⁵⁰. A possibilidade de provocar o sono profundo nos pacientes com essas substâncias foi um importante impulso para as intervenções cirúrgicas. Laval comenta, antes do século XIX no Chile, a anestesia era provocada com raiz de mandrágora, beladona, vinho e láudano para produzir embriaguez⁸⁵¹. Diante dos concorrentes, o sono instantâneo provocado pelo clorofórmio foi prontamente aceito nas práticas terapêuticas. Assim, em 1848 no Chile, é datada a primeira amputação de um braço com clorofórmio inalado, feita em Valparaíso pelo médico Francisco Javier Villanueva⁸⁵². Em Santiago, em 1857, começa a ser introduzido em cirurgias pelo médico espanhol Juan Miquel no Hospital San Juan de Dios⁸⁵³. As qualidades soporíferas do éter também foram utilizadas para o tratamento da varíola em Valparaíso, em 1877⁸⁵⁴.

Damian Miquel (1838-1904)⁸⁵⁵ publica nos *Anales de la Universidad de Chile*, em 1866, um artigo que detalha o uso do clorofórmio no Chile como anestésico e os acidentes produzidos pelo uso. Miquel define os anestésicos da época: protóxido de azoe, amileno, éter sulfúrico, clorofórmio, destacando que este último possui as

848 Comunicação publicada no Diário de Terapêutica de Gubler. *Revista Médica de Chile*. Tomo VI. 1877-1878. P. 112.

849 SAGREDO, Rafael. Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías. Em *Historia de la Vida Privada en Chile*. Vol. 2: El Chile Moderno, de 1840 a 1925. Org. Rafael Sagrado y Cristián Gazmuri. Aguilar Ediciones, Santiago, 2005.

850 Tal como foi resenhado no Capítulo I, em 1772 já tinha sido desenvolvido o óxido nitroso (gás hilariante), mas foram conhecidas suas propriedades anestésicas apenas em 1846, depois do seu uso na extração de um molar, operação feita em Massachusetts pelos dentistas Jackson e Morton. O éter, consignado em 1540 por V. Cordus, foi utilizado como dissolvente até 1842, quando percebeu-se suas qualidades anestésicas. Foi difundido a partir de 1850, depois do seu uso pelo médico John Snow no parto da rainha Vitoria; e o clorofórmio foi inventado em 1847. O cloral foi descoberto por Von Liebig em 1831.

851 LAVAL, 2006. Op. cit. P. 253.

852 <http://www.anestesia.com.mx/histor2.html>

853 LAVAL, 2006. Op. cit. P. 253.

854 CARVALLO, Daniel. La viruela en Valparaíso. En *Revista Médica de Chile*, dezembro de 1877. P. 371.

855 Filho do médico espanhol Juan Miquel.

propriedades mais poderosas⁸⁵⁶. O sistema nervoso é o local das impressões dos anestésicos, comenta Miquel, começando por definir os efeitos no encéfalo, o que implica que aja sobre a sensibilidade e a inteligência. Também evidencia os efeitos do clorofórmio na respiração, circulação e calorificação. Suas fontes são Perrin e Lallemand⁸⁵⁷, além de observações feitas na sua prática cirúrgica em Santiago.

Miquel expõe uma primeira aproximação aos anestésicos, sobre os quais os médicos, a partir da prática, vão definindo etapas de acordo com os efeitos das substâncias. Miquel descreve os efeitos imediatos do clorofórmio, circunscrevendo-os como próximos aos efeitos do álcool:

“parece que el entendimiento se encuentra bajo la influencia de una excitacion comparable a la que produce el alcoholismo, las ideas se suceden con una rapidez increible, i aun durante este corto espacio de tiempo los sentidos se encuentra mui delicados i las pasiones vivamente estimuladas , manifiestan por transportes indiscretos, accesos de cólera, de risa, de miedo dando lugar a movimientos excesivos que en muchas ocaciones hacen mui dificil la cloroformisacion”⁸⁵⁸.

Depois distingue dois períodos da anestesia provocada pelo inalante, determinados segundo os dados de uso em intervenções médicas: um *período de excitação*, seguido de um *período cirúrgico*. O primeiro se caracteriza por:

“desarreglos de la intelijencia, perversion de la sensibilidad, abolicion de la voluntad, desórden en los movimientos, la sustitucion de movimientos instintivos i reflejo a los movimientos voluntarios, la aceleracion del pulso i de la respiracion”⁸⁵⁹.

O quadro anterior é seguido pelo período cirúrgico, que se caracteriza pela:

“Abolicion de la intelijencia, cesacion de ensueños, disminucion de la sensibilidad jeneral, opresion de la actividad muscular, pulso blando, menos frecuente, latidos del corazon mas regulares, cara pálida, descolorida, respiracion profunda, sueño tranquilo acompañado algunas veces de un estertor sonoro; en este estado en que el sistema nervioso parece sumido en un

856 MIQUEL, Damian. Accion anestésica del cloroformo, accidentes que a que pueden dar lugar i modo de correjirlos. *Anales de la Universidad de Chile*, Tomo XXVIII, setembro de 1866. P. 592.

857 ERRIM, Maurice Constantin, J. L. P. Duroy, Ludger Lallemand: *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme*. Recherches expérimentales, Paris, 1860.

858 MIQUEL, 1866, Op. Cit. P. 593.

859 Ibid. P. 595.

profundo letargo, es en el que deben practicarse las operaciones mas dolorosas”⁸⁶⁰.

A respeito dos acidentes provocados pelo clorofórmio, Miquel se baseia em sua experiência de quatro anos no Hospital San Borja. Os acidentes são divididos em ligeiros e mortais. Entre os primeiros, detalha irritação local da mucosa laríngeo bronquial, vômitos, congestão cerebral que pode levar o paciente a um quadro apoplético. Convulsões espasmódicas também podem ocorrer. Em alguns casos, os pacientes apresentam “acessos de locura i aun de furia, necesitándose de grandes esfuerzos para contenerlos”⁸⁶¹. Adiciona que ocorrem ataques histéricos nas mulheres.

Os acidentes mortais são os recompilados por Perrin e Lallemand, que detalham 74 casos de morte súbita pela inalação de clorofórmio, na maioria das vezes de forma instantânea. Miquel cita um caso de um jovem robusto que morreu em 12 segundos depois de 4 inalações de clorofórmio através de um lenço. Comenta que na autópsia “se encontró los gruesos vasos llenos de una sangre negra; el corazon estaba flácido pálido i vacio; mientras que las venas contenian abundantes coágulas”⁸⁶². No Chile, Miquel diz que só uma vez um paciente morreu no Hospital San Juan de Dios, em 1855, em uma operação do maxilar superior “practicado por nuestros más hábiles cirujanos”, em que se prolongou por muito tempo a ação do clorofórmio⁸⁶³.

Miquel dá conta de uma incerteza no campo da medicina a respeito da natureza das causas que originam as mortes súbitas pelo clorofórmio:

“¿La muerte es producida por alguna acción tóxica especial del cloroformo, o bien es el resultado de la acción local de éste sobre el parénquima pulmonar? ¿Puede atribuirse, como creen algunos, a la presencia accidental de fluidos ariformes en el sistema circulatorio, o bien es el resultado de una asfixia?”⁸⁶⁴

Diz que a ideia mais admissível é fornecida por Perrin e Lallemand, que explica a morte como resultado de perturbações dinâmicas que provocam a síncope. Adiciona que há outras dinâmicas ocultas, a respeito das quais os métodos de pesquisa da época

860 Ibid. P. 596.

861 Ibid.

862 Ibid. P. 597.

863 Ibid.

864 Ibid.

são insuficientes: perturbações caracterizadas pela paralisação do movimento do coração, provocando o que chama como ‘síncope clorofórmica’⁸⁶⁵.

Embora no Chile na década de 1870 seja introduzida a morfina como anestésico, a discussão a respeito das qualidades anestésicas do éter e do clorofórmio atravessou a virada do século. Os três medicamentos aparecem nas mesas cirúrgicas e, até a segunda década do século XX, diversas teses analisam o uso de aparelhos para sua administração⁸⁶⁶, os efeitos sobre os rins⁸⁶⁷ ou metodologias de uso⁸⁶⁸. Em 1887, na secção de uma revista estrangeira, comenta-se sobre as qualidades do cloral, que é um bom narcótico, mas não um calmante:

“dos gramos de cloral producen un sueño perfecto, con mas prontitud que el bromuro, pero el sueño es menos agradable... Maravillo para hacer dormir i detestable cuando se usa con otro objeto”⁸⁶⁹.

Em 1904, o médico Körner, em uma reunião da Sociedade Médica, comenta a respeito da narcose pelo clorofórmio, em que se tem observado uma diminuição apreciável dos acidentes pela substância. No serviço de clínica ginecológica, ele afirma que nos últimos três anos não tiveram nenhuma morte nem acidente sério pela cloroformonização⁸⁷⁰. Mas no mesmo número, estima-se mais conveniente a narcose por éter do que por clorofórmio⁸⁷¹.

No Brasil, a revisão de algumas teses dedicadas ao tema dos anestésicos⁸⁷² evidencia que os tópicos da discussão são a determinação de doses, a criação de uma inteligibilidade para dividir as etapas das narcoses, definição dos seus usos e as melhores formas de administração das substâncias. No caso das etapas, constitui-se um percurso que vai desde as primeiras manifestações físicas, com atenção aos sinais vitais,

865 Ibid. P. 598.

866 CALVO Mackenna, Luis. *Anestesia Clorofórmica con el aparato de Ricard*. Tese da Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1907; MARTÍNEZ Barrica, Héctor. *Anestesia Jeneral por el éter, cloroformo i oxígeno con el aparato de los Doctores Roth – Drager – Kronig*. Tese da Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1912.

867 BARRAZA Araya, Arturo. *La acción del Cloroformo sobre el Riñón*. Tese da Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1914.

868 HOLZAPFEL D., Clemente. *Anestesia Intravenosa con Eter*. Tese da Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1914; Rodríguez A., Keralia. *Anestesia general rápida por el Eter (Eter-Rausch)*. Tese da Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1918.

869 Secção Revista Extranjera, *Revista Médica de Chile*. Tomo XVI. 1887-1888. P. 28.

870 *Revista Médica de Chile*. Tomo 32. 1904. P. 217.

871 Ibid. P. 219.

872 ADIALA (2011) comenta que a primeira tese dedicada aos anestésicos foi publicada em 1848. Trata-se de CONCEIÇÃO, Francisco Manoel da. *Dos anestésicos em geral e do éter e do clorofórmio em particular*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1848.

até a delimitação das doses mortais (Vampré, 1881; Menezes, 1881; Santos, 1882; Hungria, 1884; Mascarenhas, 1894). Na segunda metade do século XIX, o éter e o clorofórmio serão os mais empregados, mas já na década de 1880 a morfina surge como anestésico local. O modelo de pesquisas é fornecido pelos experimentos fisiológicos de Claude Bernard⁸⁷³. O modelo de experimentos introduzia diferentes doses de substâncias em animais, muitas vezes auxiliado por aparelhos, atentando às reações provocadas.

Uma tese de 1881 dedicada aos anestésicos define o agir fisiológico do clorofórmio e do éter, e afirma que a insensibilidade parte por meio de inalações pulmonares e pela atuação sobre as mucosas dos brônquios e pulmões. Depois abrange o sistema nervoso, dando resultado à insensibilidade e imobilidade temporária, acompanhada de um sono relativamente profundo⁸⁷⁴. Vampré subdivide os anestésicos em dois grupos. No primeiro, encontramos aqueles que atuam sobre os centros nervosos, como os excitantes alcoólicos: clorofórmio, éteres sulfúricos, nítrico, acético, chlórico, chlorydrico, bromhydrico, kerosolene, lícor dos holandeses, acetona, aldehyde e amylena. No segundo grupo, encontramos os agentes anestésicos que produzem a decomposição do sangue, atuando como venenos tóxicos: ácido carbônico, óxido de carbono, bisulfureto de carbono e a benzina.

Do éter, Vampré diz que “physiologistas e cirurgiões descobrirão nelle propriedades anesthesicas evidentes, e desde então todos os stupefacientes forão substituidos pelo ether”. Define o cloral como um “sedativo e calmante poderoso”⁸⁷⁵. Vampré alega que no Brasil preferem o clorofórmio ao éter, devido à ação rápida, à falta de necessidade de aparelho especial, ao grau de volatilidade menor, à não inflamabilidade, à verificação mais fácil da pureza, e aos efeitos mais rápidos e mais duradouros. Com o éter é necessário de 8 a 15 minutos para que os efeitos surjam, enquanto que o clorofórmio produz anestesia em três a 4 minutos; em relação à durabilidade do efeito, os efeitos do clorofórmio persistem por 5 a 6 minutos após a aplicação, enquanto dos etéricos desaparecem logo⁸⁷⁶.

873 Fundamentalmente BERNARD, Claude. *Leçons sur les effets des substances toxiques et medicamenteuses*, Paris, 1867.

874 VAMPRE, Fabricio Carneiro Tupinambá. *Anestésicos*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro: Typ. Lith. Lombaerts e Cia., 1881. P. 2.

875 Ibid. P. 12.

876 Ibid. P. 23.

Dessa forma, vão sendo estabelecidas as doses precisas e as combinações possíveis para cada medicamento. Vampré destaca como resultado das pesquisas que uma completa anestesia se consegue com uma injeção de morfina e doses fracas de clorofórmio⁸⁷⁷. Para o caso da mistura de éter com clorofórmio, Vampré cita pesquisas (Jackson) que tentaram usar o éter e o clorofórmio juntos, mas o perigoso quadro gerado na fisiologia exigia seu uso separado⁸⁷⁸. Referindo-se às formas de administração de cada substância, Vampré diz que, na época, a forma mais segura era a administração do éter por lenço dobrado ou esponja e do clorofórmio através de duas formas: uma quantidade é derramada sobre um aparelho que se aplica ao nariz do paciente ou se deixa a distancia para que ele “se habitue”⁸⁷⁹. As operações em que era usado o clorofórmio eram várias, como as hérnias estranguladas, cateterismo no canal da uretra, operações do ânus, da boca e da parte superior das vias aéreas. Também tinha um amplo uso na anestesia obstétrica⁸⁸⁰.

O éter, o clorofórmio e o ópio constituem as primeiras substâncias do campo restrito da anestesia sobre as quais se observam fenômenos da narcose. Nas palavras de Vampré, são similares aos da embriaguez alcoólica. Sobre o clorofórmio, diz que apenas se mantém a vida vegetativa. A vida inteligente, o sentimento e a motilidade se apagam. “A vida se manifesta apenas por brandos movimentos respiratórios e fracas pulsações cardíacas”⁸⁸¹. Nas explicações dos fisiologistas sobre as narcoses, Vampré diz que as mais aceitas sustentam que os vapores do clorofórmio, uma vez absorvidos, atuam sobre o sistema nervoso central e agem sobre os hemisférios cerebrais e o cerebelo, o que provoca a perturbação das faculdades intelectuais. O efeito sobre a protuberância anular provoca o aniquilamento dos movimentos voluntários e centros de percepção, e a ação sobre a medula gera a abolição dos movimentos reflexos. Ao atingir o bulbo raquidiano, a vida do paciente está em perigo, porque afeta os movimentos respiratórios⁸⁸². O passo do clorofórmio sobre os diferentes órgãos estava baseado nas pesquisas de Perrin, Duroy e Lallemand (1860), que dividiram em três os períodos da narcose: um de excitação, seguido de um cirúrgico ou de insensibilidade, e um terceiro de etherismo orgânico ou de colapso⁸⁸³. A pesquisa deles, fartamente citada no Brasil, sistematiza a

877 Ibid. P. 17.

878 Ibid. P. 18.

879 Ibid. P. 19 e 20.

880 Ibid. P. 37.

881 Ibid. P. 21.

882 Ibid.

883 Ibid. P. 37.

partir de um estilo de pensamento fisiológico os períodos das diferentes formas de embriaguez. Vampré levanta a controvérsia científica sem solucioná-la sobre os mecanismos de ação do clorofórmio para provocar os estágios antes descritos. Ele conclui que a morte é por síncope. Isso é provocado pela suspensão imediata dos ritmos cardíacos, observados em ensaios com animais nos quais se injetou clorofórmio no coração⁸⁸⁴.

A calibragem das doses pelos médicos será empírica. A prática cirúrgica produz um saber que delimita os níveis não letais das diferentes substâncias que eram usadas nas operações. Uma descrição da morte por overdoses de éter é proporcionada por Hungria em uma tese dedicada às contraindicações da anestesia (1884). Depois de dividir em três períodos a intoxicação por éter, comenta sobre o terceiro período do etherismo, delimitação que faz no momento em que a circulação e a respiração são ameaçadas pelo anestésico:

“Este periodo é caracterizado por uma especie de cadaverização do individuo, por uma depressão consideravel na respiração, nos batimentos do coração e nas pulsações arteriaes, por um abaixamento de temperatura, e emfim por um estertor trachéal”⁸⁸⁵.

Hungria também descreve a morte pela ação irritante do clorofórmio, dizendo que:

“ocorre quando a anestesia é completa, ou seja, quando os vapores anestésicos, já circulando em algum tempo no sangue, tem impregnado os elementos anatômicos. More sobrevém por síncope ou apneia”⁸⁸⁶.

Experiências feitas com animais vão calibrando as doses de cada anestésico. Menezes detalha ensaios com ácido prúsico, quinina e estriçnina, que provaram a grande rapidez e intensidade de efeitos das substâncias absorvidas pelo tecido celular subcutâneo. Também cita os ensaios de Bernard, que injetou 5 centigramas de curare em uma lebre, que morreu em 6 minutos.

884 Ibid. P. 34.

885 HUNGRIA, L. C. *Das contraindicações da anesthesia cirúrgica*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1884. P. 4.

886 Ibid. P. 13.

4. 2. A precisão da morfina

Os vapores de éter e de clorofórmio, em meados do século XIX, começam a ser substituídos por miligramas de morfina. Os complexos aparelhos de esponjas e lenços deixam seu lugar à exatidão possibilitada pelas injeções subcutâneas e intravenosas. A morfina também ganha nos quesitos de rapidez e durabilidade do anestésico. No Brasil, Menezes (1881) realça a via intravenosa e a hipodérmica, devido “os efeitos dos medicamentos por ele absorvidos são mais enérgicos, sua absorção é mais completa e chegam mais diretamente á sangue”⁸⁸⁷, quando comparadas com a via estomacal e a respiratória. Dessa forma, o éter e o clorofórmio não concorrem diante as possibilidades de mensuração que a morfina e a atropina permitem no âmbito dos anestésicos. A precisão dos centímetros cúbicos das substâncias injetadas dissipam os etéreos vapores das substâncias inalantes. Menezes destaca que, com uma injeção subcutânea, de 1/8 a 1/4 do grau de morfina, manifestam-se imediatamente os efeitos⁸⁸⁸. Também apresenta a dosagem já estabilizada no caso da atropina junto à calibração de seus efeitos. Calcula que uma dose de 1/60 a 1/40 age em 5 a 8 minutos, aumentando as frequências do pulso em mais de 20 pulsações. Com doses maiores, de 1/2 a 3/4, observam-se grandes midríases com paralisia de acomodação, secura da língua e garganta, sopor e, às vezes, delírio⁸⁸⁹.

Na seção de comunicações da RMCh se publica, em 1883, um quadro fornecido pelo professor da Faculdade de Medicina de Lille, França, M. E. Schmitt, que detalha (em centigramas) a dosagem dos anestésicos⁸⁹⁰. A listagem também permite observar o arsenal terapêutico da época:

887 MENEZES, Eduardo Augusto de. *Do valor das injeções hipodérmicas no tratamento das molestias internas*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1881. P. 21.

888 Ibid. P. 7.

889 Ibid. P. 15.

890 *Revista Médica de Chile*. Tomo XI. 1882-1883. P. 383.

QUADRO 8
DOSAGEM DE ANESTÉSICOS

SUBSTÂNCIA	POR DOSIS	POR 24 HORAS
Apomorfina (cloridrato)	0,01	0,02
Atropina e seus sais	0,001	0,003
Belladona(folhas pulverizadas)	0,30 gm.	1 gm.
Cafeina	0,20	0,60
Cloral (hidrato)	3	6
Clorofórmio		4 gotas
Codeína	0,05	0,10
Cornezuelo de centeno	1 gm.	5 gm.
Estramonio	várias formas	
Gotas negras inglesas	várias formas	
Laudano de Sydenham	1,50	5
Morfina e suas sais	0,03	0,12
Ópio	várias formas	
Polvos de Dover	1	4

* Fonte: Revista Médica de Chile, 1882

A morfina chegou às salas de operações no momento de declínio da medicina humoral. O modelo microbiológico das doenças provocou uma reordenação epistemológica que também alcançou os anestésicos. Edler comenta que na medicina humoral, “não se esperava que as drogas desempenhassem um papel decisivo na cura. O

que se esperava de uma boa droga não era tanto que ela curasse diretamente uma doença, mas que, através de sua ação ou faculdade vomitiva, purgativa ou sudorífera, ajudasse a natureza a restaurar o equilíbrio entre os humores”⁸⁹¹. Se naquela medicina a droga ajuda um processo, na medicina que surge da teoria microbiana, a droga passa a cumprir a função de uma bala mágica em relação à cura da doença. A doença já não é a falta de equilíbrio, é um inimigo, que possui tanto um agente etiológico como um antígeno. Nesse novo estilo de pensamento como pano de fundo, no qual se espera dos fármacos a ação mais rápida e eficaz, surge a morfina, que com o apoio de instrumentos como a seringa hipodérmica, apresenta efeito imediato como anestésico.

A tese de Eduardo Menezes (1881) descreve a forma como a medicina da época entendia a morfina: um poderoso analgésico aplicado de forma subcutânea, dúctil à manipulação médica, sobre a qual só se tem que ter noções da dosagem. O campo de uso terapêutico é bastante abrangente. Menezes detalha o uso da morfina como anestésico em neuralgias faciais e moléstias do sistema nervoso central, como delírio, insônia, espasmos, convulsões de diferentes doenças (*e.g. delirium tremens*)⁸⁹², meningites cérebro-espinhais, histeria, epilepsia, chorea, tétano, hidrofobia, envenenamentos por atropina ou clorofórmio⁸⁹³. Ao mesmo tempo, recomenda-se o uso em escleroses cardíacas, lesões cardio-aórticas e aneurismas da aorta⁸⁹⁴; em moléstias do aparelho respiratório, era usada na pleurítica, dispneia e tosse⁸⁹⁵. No caso de doenças do aparelho digestivo, é prescrita em dispepsias nervosas, como a gastrite aguda, a cirrose estomacal, cólera, peritonites e constipação⁸⁹⁶.

No Chile, o médico sanitaria Wenceslao Díaz, na década de 1870, introduzia nos tratamentos a seringa hipodérmica de Pravaz para injetar morfina, atropina e cocaína⁸⁹⁷. Em 1878, na RMCh é recomendada a morfina e a atropina para o tratamento

891 EDLER Coelho, Flávio. *Plantas nativas do Brasil nas farmacopeias portuguesas e europeias. Séculos XVII-XVIII*. Em KURY, Lorelai (org.). *Usos e circulação de plantas no Brasil Séculos XVI-XIX*. Andrea Jakobsson Estudio. Rio de Janeiro, 2013. P. 120.

892 MENEZES, Op. Cit. P. 68.

893 Ibid. P. 71.

894 Ibid. P. 75.

895 Ibid. P. 78.

896 Ibid. P. 80.

897 Wenceslao Diaz (1834- 1895), titulado de médico cirurgião em 1859, estudou também física, matemáticas e geologia, especializando-se em geografia médica. Em 1873, foi nomeado chefe do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina, onde introduziu instrumentos médicos como o termômetro e a seringa de Pravaz. Entre 1877 e 1880, foi decano da Faculdade de Medicina. Participou da fundação da Sociedade Médica de Chile (1869) e foi editor da Revista Médica de Chile (1872). Integrou também a Sociedade de Farmácia e a Sociedade de Arqueologia de Santiago. Entre suas publicações nos *Anales de la Universidad de Chile* destacam Apuntes para servir a las investigaciones sobre la influencia de las afecciones del corazón en Chile (1861); Memoria sobre las Hernias en General: bajo el punto de vista de la patología esterna (1864); De la conjuntivitis pustulosa consecutiva en las

do reumatismo muscular⁸⁹⁸. Tal como já destacamos, nas combinações anestésicas, a morfina é usada com frequência. O médico Manuel Barros Borgoño, em 1883, inicia no Hospital San Juan de Dios a esterilização retal utilizando uma solução de atropina com morfina em uma anestesia clorofórmica⁸⁹⁹.

O entusiasmo inicial a respeito da morfina logo daria lugar às advertências quanto ao seu uso. Levinstein já havia reportado alguns casos em relação à morfina em 1874, e, no Chile, uma comunicação da RMCh de 1888 convoca a evitação da ‘morfinomania’, substituindo-a pela antipirina para amenizar a dor dos pacientes. Apenas no caso de não haver resultados, recomenda-se o uso de morfina misturada com ópio. Trata-se de uma comunicação do professor Jerman Sée diante à Academia de Ciências de Paris. O texto diz:

“Comparada con la morfina, la Antipirina no presenta ninguno de los inconvenientes de aquella, tales como vértigos, vómitos, somnolencia, excitaciones artificiales que conducen a la morfinomanía; por otra parte, la Antipirina una a su accion calmante un poder curativo que no posee la morfina (...) No existe quizá, una condición mórbida en que la Antipirina no pueda reemplazar a la morfina; de aquí la ventaja considerable tambien de poder preservar a la sociedad de ese fatal i dañoso hábito, cada vez mas invasor, la morfinomanía, que produce accidentes cerebrales graves i profundos trastornos en el organismo. Así, la Antipirina está llamada a ocupar en adelante el lugar de la morfina i por consiguiente a prestar la mejor i mas segura garantía contra la intoxicacion morfijena crónica”⁹⁰⁰.

No *Tratado de Farmacia* de Juan B. Miranda, publicado em 1898, também se faz referência à morfinomania. Junto com recomendar à administração de remédios a corporação terapêutica, faz-se referência à morfinomania dizendo que:

“sus sales, y en particular el clorhidrato de morfina, tienen una acción muy sensible sobre el hombre, acción que varía según los individuos, la edad, sexo, hábito, etc. (...) En el adulto procede en unos el insomnio y la excitación; en los otros, la narcosis, que es lo más frecuente. La dosis mortal varía; 6 centigramos en un

viruelas (1870); Idea de la Geografía Médica de Chile (1875); Instrucciones prácticas y populares sobre el cólera (1887); Apuntes sobre el terremoto de Mendoza 20 de Marzo de 1861 (1907); Memoria de la Comisión Directiva del Servicio Sanitario del cólera 1887-1888 (1888).

898 *Revista Médica de Chile*. Tomo XVI, 1877-1878: 401

899 Manuel Barros Borgoño é considerado na historiografia médica como o iniciador da cirurgia moderna no país. Em 1890 se converteu em decano da Faculdade de Medicina e em 1901 foi nomeado reitor da casa de estudos. Ver LAVAL, 2006, Op. cit. P. 261.

900 *Revista Médica de Chile*. Tomo XVI. 1887-1888. P. 176.

caso, han producido la muerte; el hábito influye de una manera cierta; una persona habituada al uso de la morfina soporta dosis considerables como sucede en la morfinomanía. De aquí el gravísimo error de algunos médicos; no debe enseñarse al mismo paciente el uso de tan terrible medicamento; porque adquirido el vicio no se deja sino con la tumba”⁹⁰¹.

4.3. Os estimulantes: A nicotina e a cafeína

Além dos anestésicos, outras substâncias também surgiram ao longo do século XIX nos laboratórios dos fisiologistas, preocupados em testar compostos ativos e as propriedades de cada planta. Acontece assim com o tabaco e a cafeína, cujas propriedades estimulantes implicaram em uma avaliação diferenciada a respeito dos anestésicos.

O tabaco era a planta de uso psicoativo mais difundido na América. Usado como bebida, rapé ou fumado, foi utilizado por diversas tribos, dos Andes ao Canadá, destaca Carneiro⁹⁰². Carneiro comenta que, no período colonial, nenhuma outra planta alucinógena indígena da América foi tolerada da mesma forma, sendo aceitas as que eram excitantes, como o chocolate, o guaraná e o mate. Ao contrário, plantas alucinógenas como a ayahuasca, vilca, paricá, jurema, além de cactos e cogumelos diversos, foram todos proscritos e identificados à idolatria e ao demonismo⁹⁰³. Mas, a partir do século XVI até o XVIII, o tabaco se transformou no segundo produto da economia brasileira. Também era usado na medicina no período colonial⁹⁰⁴. A visão da química de síntese desenvolvida no século XIX se interessará muito por esse tipo de plantas.

No Brasil, o titular da cadeira de Physiologia da Faculdade de Medicina de Rio de Janeiro, João Joaquim de Gouvêa, na sua tese médica *Do envenenamento pela nicotina* (1859), expõe experimentos segundo o modelo fisiologista com animais para testar os efeitos do tabaco e da nicotina⁹⁰⁵. O médico fez ingerir duas gotas de nicotina

901 MIRANDA, Juan. *Tratado de Farmacia*. Santiago de Chile, 1898-1899. P. 531-532.

902 CARNEIRO, 1994, Op. cit. P. 139.

903 CARNEIRO, Henrique. As plantas sagradas na história da América. *Varia Historia*, Nº 32, Julho, 2004, Belo Horizonte. P. 116.

904 CARNEIRO, 1994. P. 140 e 141.

905 A tese de João Joaquim de Gouvêa não foi possível encontrar. Outras teses e trabalhos da época citados, mas que não conseguimos encontrar são as teses Martinho Xavier Rebelo. *Breves Reflexões Hygienicas sobre o Uso do Tabaco* (1849); Francisco Joaquim Werneck de Almeida. *Do Uso do Tabaco e de sua Influência sobre o Organismo* (1869); João José dos Santos Ferreira. *Do Uso e Abuso do Tabaco e da sua Influência sobre a Saúde* (1872); Ferreira,

impura a um ‘cão robusto’, que morreu apenas um minuto depois de ingerir a substância⁹⁰⁶. O experimento vai ser citado várias vezes nas teses dedicadas ao tema até o fim do século XIX. Uma tese que evidencia o estilo de pensamento da época no Brasil é a do médico Werneck de Almeida (1869), dedicada à influência do tabaco sobre o organismo. A partir de uma perspectiva higienista, o médico descreve a nicotina e seus efeitos, as práticas histórico-culturais associadas, os usos terapêuticos e os efeitos sobre os indivíduos. Suas referências epistemológicas abrangem o higienista Michel Levy (*Traité d’Hygiène*), Claude Bernard⁹⁰⁷ e Benedict Morel⁹⁰⁸. Almeida diz que o tabaco é consumido principalmente na forma de charuto nas cidades do litoral e como cigarro de palha nas do interior. Comenta que os negros usam um cachimbo de barro que tem um tubo de pão. Também cita análises feitas por Theodoro Peckolt⁹⁰⁹, que diz que a pouca nicotina e o uso excessivo do café diminuem os efeitos nocivos do tabaco⁹¹⁰ e apresenta pesquisas feitas no Brasil, como as do médico Souza Costa, que publicou na *Gazeta Medica de Rio de Janeiro* sobre a *lobelia inflata* (*lobelia tupa* hoje), planta com características muito similares ao tabaco. Paralelamente, o médico João Vicente Torres-Homem estudava a mesma planta e, depois de observações e experiências próprias, diz que se assemelhava aos efeitos do tabaco⁹¹¹. Ao momento de se referir à ação da nicotina sobre o organismo, Almeida comenta que:

“A nicotina é um dos venenos mais terríveis conhecidos; actúa sobre os organismos vivos com violencia quasi sem igual, e comparavel sómente á do acido prussico, da aconitina, e da atropina. Depois do acido prussico, depois dos compostos indios e javanezes não ha veneno mais temivel”⁹¹².

Diz que reúne uma ação de contato cáustica e corrosiva com efeitos dinâmicos fulminantes. Administrada de qualquer forma, deglutida, instilada na conjuntiva, introduzida sob a pele ou aplicada sobre uma ferida em doses tóxicas, mata

João José dos Santos. *Do uso e abuso do tabaco e da sua influência sobre a saúde*. TESE FMRJ, Rio de Janeiro, 1872; Constantino Machado Coelho. *Do Uso e Abuso do Tabaco*, TESE FMRJ, Rio de Janeiro, 1875.

906 ALMEIDA, Francisco Fusquim Werneck de. *Do uso do tabaco e de sua influencia sobre o organismo*, TESE FMRJ, 1869. P. 4.

907 BERNARD, Claude. *Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses* (1857); *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux* (1858) e *Introduction à l’étude de la médecine experimental* (1859).

908 MOREL, Benedict. *Traité de degenerescences de l’especie humaine*, 1857.

909 PECKOLT, Theodor (1822-1912) foi um naturalista alemão que passou pelo Brasil (1847-1912) e o nordeste de Argentina analisando as propriedades químicas e medicinais da flora autoctonia. Suas obras mais reconhecidas são *História das plantas alimentares e de gozo do Brasil* (1871-1874) e *História das plantas medicinais e úteis do Brasil* (1888).

910 ALMEIDA, 1869. Op. cit. P. 33.

911 Almeida cita uma publicação de Torres-Homem aparecida nos *Annaes Brasilienses de Medicina* no setembro de 1864. O autor também já tinha publicado na *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* o artigo O Abuso do Tabaco como Causa de Angina do Peito em 1863.

912 ALMEIDA, 1869. Op. Cit. P. 11.

instantaneamente⁹¹³. Explica que o mecanismo de ação é sobre os músculos e o sistema vascular. Os sustentos dados são ensaios em rãs e comenta que Bernard o explica igualando o efeito da nicotina com o efeito da galvanização. Nos humanos, assegura que atua primeiro como excitante e depois como deprimente do sistema nervoso e do circulatório. “É um veneno vâsculo-cardíaco”⁹¹⁴.

No momento de se referir aos usos medicinais na sua época, Almeida destaca o emprego tópico da infusão de fumo de tabaco nos tétanos traumáticos e refere duas observações do emprego da nicotina em caso de tétano que apareceram na *Gazeta Medica de Rio de Janeiro* (15 de maio de 1863)⁹¹⁵. Também aborda o uso da planta como purgativo, devido à sua ação sobre a fibra muscular, relaxando-a, e como antiespasmódico. Almeida salienta mais os efeitos negativos do tabaco que suas qualidades terapêuticas. Acusa efeitos do tabaco sobre os dentes, mucosa da boca⁹¹⁶, comentando que se suspeita que o tabaco produz carcinoma epitelial na mucosa bucal⁹¹⁷. Na sua avaliação final, Almeida comenta que:

“E incontestavel, por tanto, que a fumaça do tabaco encerra os principios toxicos dessa planta, e que elles são, com a maior facilidade, e nas mais variadas circumstancias absorvidos.

Nos individuos que mascão o fumo a saliva dissolve o sal de nicotina que em contacto com a mucosa buccal é absorvido; se a saliva carregada de principios do tabaco é deglutida, então a absorpção é em maior escala, e podem sobrevir accidentes muito graves”⁹¹⁸.

Para explicar o uso nas sociedades modernas do tabaco, Almeida diz que “os individuos habituados a usarem do fumo soffrem apenas um ligeiro grão de narcotismo, que produz a calma e tranquillidade de espirito, que e tão procurada pelos fumantes e que tem valido ao tabaco o titulo de consolador, de dissipador da tristeza”⁹¹⁹. Finalmente, conclui que “o uso do tabaco não satisfaz necessidade alguma natural, é um

913 Ibid.

914 Ibid. P. 12.

915 Ibid. P. 23.

916 Ibid. P. 36.

917 Ibid. P. 37.

918 Ibid. P. 28.

919 Ibid. P. 35.

hábito adquirido por espírito de imitação, por moda, e que depois de inveterado é origem de sofrimentos se é bruscamente interrompido”⁹²⁰.

No Chile, em 1874, inicia-se a publicação de artigos em torno do tabaco na RMCh. Naquele ano é reproduzida na revista uma conferência dada pelo farmacêutico Francisco Navarrete na Sociedade de Farmácia, através da qual o químico acusava o caráter tóxico do tabaco:

“en nombre de la medicina i de la higiene, como el mas pernicioso de los vicios humanos; como la causa directa de algunas enfermedades: la enajenación mental, la parálisis de los enajenados, etc.; como agente que es postrer resultado disminuye la duración de la vida i protesta contra su uso i su olor infesto”⁹²¹.

Segundo Navarrete, o tabaco é colocado pela medicina da época entre as substâncias narcóticas e entorpecentes mais poderosas, junto à beladona, hiosciamina e estramônio. O tabaco possui:

“propiedades acres bien manifiestas i que debe al alcaloide narcotico acre denominado nicotina; útil para la medicina en algunas circunstancias i en especial para la medicina doméstica; agradable para la jeneralidad, el tabaco gana cada dia mayor terreno en todas las clases sociales”⁹²².

Um ano depois, o médico Jacinto Ugarte publica na RMCh o artigo *Apuntes sobre el Tabaco*, texto feito a partir de um debate na Sociedade Médica de Santiago. Ugarte cita os experimentos de Claude Bernard, com substâncias tóxicas em animais⁹²³, e de M. Blatin⁹²⁴, que, seguindo o estilo de pensamento da sua época, divide o envenenamento pelo tabaco em agudo e crônico. Ugarte aborda os danos da nicotina sobre o aparelho circulatório, respiração, medula e nervos. Também comenta os danos sobre a digestão e as secreções, descrevendo um “cuadro patológico de la embriaguez por nicotinismo”, desta forma:

“Una vez que se ha fumado algo, el sujeto empieza a palidecer, sobreviene al mismo tiempo una abundante salivación. Aparece

920 Ibid.

921 UGARTE, Jacinto. Apuntes sobre el Tabaco. *Revista Médica de Chile*. Año 3, Tomo IV. 1875-76. P. 188.

922 Ibid. P. 186.

923 BERNARD, Claude. *Leçons sur les effets des substances toxiques et medicamenteuses*, Paris, 1867.

924 O médico Henry M. Blatin (1806-1869) participou na fundação em 1867 em Paris da *Société Contre l'abus du Tabac*. Ver em <http://medicolegal.tripod.com/lander1882.htm>

una cefalalja mas o ménos intensa, desvanecimiento, vacilacion i vértigos. La frente i las estremidades se cubren de un sudor frio, la estacion de pié es imposible. Sobrevienen náuseas y vómitos penosísimos. Un poco después evacuaciones abundantes serosas, mas o ménos oscuras, i mui fétidas, transpiración abundante i una copiosa secreción de orina. Se observan en muchos casos fenómenos de congestión cerebral, seguidos a veces de parálisis pasajeras. La respiración es de ordinario difícil i lenta una sensación penosísima de congestión se deja sentir en la rejion epigástrica con lijeros espasmos bronquiales. Los latidos del corazón disminuyen de enerjía, pero se aceleran mucho; menos en el estado de desvanecimiento i síncope en que, por el contrario, son lentos e imperceptibles. El carácter mas constante del pulso en esta intoxicación es su irregularidad. (...) Cuando la intoxicación es mui grande, parece que la caja torácica se hallara rodeada de un círculo de fierro, la respiración es sumamente difícil i dolorosa i pueden sobrevenir accidentes asfíxicos (...) La postración de fuerzas puede llegar hasta producir la relajación de los esfínteres, dando por resultado la emisión involuntaria de la orina i de las materias fecales. Se observa también la dilatación de la pupila. En una palabra, la inercia de los músculos de la vida de relación”⁹²⁵.

O quadro descrito está inserido no modelo da degeneração proposto por Magnan na época. O tabaco, segundo diz Ugarte, era fumado, mascado ou ingerido como rapé, e o uso prolongado provocava que:

“las facultades sensitivas como intelectuales caigan en el mas asombroso letargo. Solo así se esplica esa tendencia casi irresistible que arrastra al individuo a los vicios mas perniciosos i degradantes. (...) Por eso, la humanidad anda siempre tras de todo aquello que sea capaz de enervarla, adormeciendo todas sus facultades”⁹²⁶.

Para Ugarte, a humanidade persegue tudo aquilo que seja capaz de enervá-la, adormecendo as suas facultades. O tabaco seria uma substância que têm qualidades similares aos usos culturais do ópio e do haxixe, mas que se encontra espalhado na civilização ocidental: “sensible i perjudicial aberración, el opio es entre los turcos, el haschich entre los árabes i el tabaco en todas partes el esquisito maná que acompaña al

925 UGARTE, 1875. Op. cit. P. 159.

926 Ibid. P. 113.

viajero en su camino, al operario en sus trabajos, al hombre de letras en sus meditaciones”⁹²⁷.

Ugarte compara os efeitos do tabaco com os do ácido prúsico (ácido cianídrico), classificado entre os venenos mais ativos dentro da classe dos narcóticos acres na taxonomia de Orfilia (1814). Seu efeito no corpo humano implica até a degeneração da espécie:

“El tabaco en efecto contiene un principio cuya acción sobre los animales es tan poderosa que solo puede comparársela con el ácido prúsico. Es uno de los venenos mas activos de la clase de los narcóticos-acres (...) la opinion de un gran número de médicos, que se han ocupado especialmente de esta materia, es terminante en contra del uso exajerado del tabaco i no son pocos los que creen que puede producir un número considerable de males i hasta la dejeneracion de la especie”⁹²⁸.

Para contestar as afirmações sobre as qualidades estimulantes do tabaco, Ugarte arruma uma explicação baseada na fisiologia, dizendo que “los estimulantes, no dando fuerza propia sino tomándola del mismo órgano estimulado, concluyen por producir la postracion i la atonia del órgano”⁹²⁹. Para o médico, a faculdade mais afetada pelo uso de tabaco é a memória, efeito explicado organicamente pelo influxo da nicotina sobre a circulação encefálica:

“mas sujeta a los cambios i alteraciones de la sustancia cerebral i la mas relacionada por lo mismo con la edad de los individuos, es también la que experimenta mas directamente el influjo de la estimulación provocada por el tabaco sobre el cerebro, sea directamente, sea indirectamente obrando sobre la circulación encefálica”⁹³⁰.

O quadro descrito por Ugarte se completa como tabaco gerando dispepsia, inércia das funções digestivas e das faculdades intelectuais. Sua explicação afirma que o tabaco:

“como aumenta estas últimas, también las puede agotar, siendo la facultad más directamente afectada la memoria al ser la mas sujeta a los cambios i alteraciones de la sustancia cerebral i la

927 *Ibíd.*

928 *Ibíd.* P. 117 e 118.

929 *Ibíd.* P. 199.

930 *Ibíd.*

mas relacionada por lo mismo con la edad de los individuos, es tambien la que experimenta mas directamente el influjo de la estimulacion provocada por el tabaco sobre el cerebro, sea directamente, sea indirectamente obrando sobre la circulacion encefálica”⁹³¹.

Em junho de 1876, o alienista da Casa de Orates, William T. Benham, publica na RMCh um artigo que expõe seu experimento com animais intitulado *Acción de la nicotina*. Seguindo o modelo experimental de Bernard, Benham injeta nicotina em coelhos, camundongos e pombas, e depois mede a força dos seus impulsos cardíacos com um esfimógrafo⁹³². Após a morte dos animais, conclui que: “De seis exámenes *post-mortem*, hecho por mí seis o doce horas despues, en animales envenenados por la nicotina, resulta que hai una gran analogía entre los fenómenos producidos por el hidrato de bromal”⁹³³.

Benham também realizou um autoexperimento e concluiu que:

“la nicotina, en pequeñas dosis, no obra deprimiendo la accion cardiaca, cono ha sido asegurado durante largo tiempo, sino que su accion, por el contrario, debe ser considerada como lijeramente estimulante i aumentando la enerjía de las contracciones cardíacas. Debería, por consiguiente, recomendarse por sí sola en todos los casos en que su empleo puede ser e alguna utilidad, como un poderoso agente terapéutico que tiene una gran importancia, aunque su dosificacion no haya sido bien ensayada aun”⁹³⁴.

Um ano depois, reproduz-se na seção de comunicações uma nota escrita pelo médico Tabarger, da Sociedade Médica de Viena, intitulada *El envenenamiento crónico por el tabaco*, que conclui uma ação funesta do tabaco sobre o coração e o estômago:

“El abuso del tabaco orijina la miocarditis i la dejeneración grasosa del corazón. (...) El tratamiento debe ser ante todo preventivo; no se usará el tabaco sino después de las comidas, jamás en ayunas; no se tendrá el cigarro por mucho tiempo en la boca i se renovarán con frecuencia las boquillas”⁹³⁵.

931 *Ibíd.* P. 199.

932 BENHAM, William T. *Acción de la Nicotina. Revista Médica de Chile.* Tomo V. 1876-1877.

933 *Ibíd.* P. 54.

934 *Ibíd.* P. 64.

935 *Revista Médica de Chile.* Tomo XVI. 1887-1888. P. 84.

Posterior à data desse artigo, não aparecem mais textos dedicados ao tabaco na RMCh. Três anos depois, o médico Federico Puga Borne, em *Elementos de Higiene* (1891), sentencia que o tabaco ‘escraviza’⁹³⁶. O médico higienista desenvolve a noção de dependência a respeito do seu uso e sustenta que:

“el fumador se ve obligado a apelar al uso del tabaco cada vez que quiera poner en acción sus facultades intelectuales. Esta necesidad de volver sin cesar al uso del excitante habitual tiene lugar igualmente con todas las otras funciones: el fumador no puede comer, no puede decir, no puede defecar, ni dormir, ni levantarse sin recurrir a esta droga que lo esclaviza”⁹³⁷.

Para Puga Borne o uso de tabaco é prejudicial e inútil, constituindo “un placer negativo, pues no consiste sino en la cesación de un sufrimiento, el sufrimiento que produce la falta de tabaco”⁹³⁸.

No Brasil, a nicotina também foi alvo de pesquisas para os médicos da década de 1880. Dessa década a 1910, diversas teses se referem ao tabaco, centrando o interesse na sua ação fisiológica. O roteiro das teses é similar: percorre o percurso histórico e cultural do tabaco, sua composição química, os efeitos da substância no organismo, particularmente os sistemas circulatório, respiratório e nervoso; os órgãos afetados; as faculdades comprometidas, os estágios da intoxicação e os usos terapêuticos (Bernandes, 1888; Masson, 1890; Paço, 1891; Chaves, 1910).

A tese de Bernardes (1888) apresenta os ensaios do encarregado da cadeira de Toxicologia, Maria Teixeira, no gabinete de Toxicologia da Faculdade de Medicina, com o intuito de estudar a ação fisiológica da nicotina e do fumo⁹³⁹. Bernardes aplica as mesmas categorias vistas antes na definição dos tipos de envenenamento pelo tabaco: agudo, pelo uso excessivo e a maioria das vezes mortal; e crônico, que descreve como um envenenamento lento que sobrevém entre os que trabalham nas fábricas de tabaco ou os que mascam rapé⁹⁴⁰.

936 PUGA, Op. cit. P. 554.

937 Ibid. P. 559.

938 Ibid. P. 560.

939 BERNANDES, Francisco Januario de Gama. *Do envenenamento pelo fumo e pela nicotina*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1888. P. 3.

940 Ibid. P. 5.

Ao descrever o envenenamento crônico pelo fumo, Bernardes sustenta, em análises de anatomia patológica, os efeitos do tabaco na faringe, laringe, órgãos digestivos, coração, vias respiratórias, olfato, degustação, vista, órgãos genitais e centros nervosos. Nesse último sistema, aponta a inteligência e a memória como as principais faculdades afetadas, particularmente a atenção⁹⁴¹. Entre as doenças descritas, aponta afecções mentais acompanhadas de paralisia geral e progressiva, que seriam causadas pelo fumo do tabaco⁹⁴². A descrição dos fumantes de Bernardes diz que:

“O grande fumante tem commumente o espirito languido; se o fumar moderado produz, como sabemos, nos que a isso estão habituados, uma ligera hyperemia cerebral e por conseguinte maior atividade em suas funções e lucidez da intelligencia, no fumar excessivo o opposto trá lugar à depressão nervosa, trazendo a indolencia e languidez do espirito. A memoria é a faculdade intellectual que mais promptamente soffre a acção perniciosa do fumo; ora esquecem-se as datas dos acontecimentos, ora as physionomias, etc.”⁹⁴³.

Outra sustentação usada para acusar o perigo do tabaco são as estatísticas que, através do cruzamento do número de alienados com as taxas de aumento do consumo da planta, relacionam o tabagismo com a loucura. Bernardes cita estatísticas feitas pelo médico H. A. Depierrres na obra *Le tabac cause de la folie* (1876)⁹⁴⁴.

Duas teses feitas na última década do século XIX (Masson, 1890; Paço, 1891) são dedicadas ao envenenamento pelo fumo da nicotina. A primeira evidencia as práticas laboratoriais no Rio de Janeiro. Nessa tese, observa-se que as práticas eram feitas em uma rede que envolvia médicos, farmacêuticos e outros pesquisadores, seja compartilhando espaços laboratoriais, seja fornecendo substâncias para experimentos. Masson agradece ao Dr. Utiguassú e ao farmacêutico Valle de Miranda, que fornece nicotina. Também nesta tese se observa a preocupação em protocolar as datas, as quantidades, os animais e seus pesos. Os experimentos foram feitos em julho de 1890 e consistiram em diversas fases para conseguir demonstrar os efeitos do tabaco.

941 Ibid. P. 53 e 66.

942 Ibid. P. 64.

943 Ibid.

944 H.A. Depierris foi um médico, ativo participante da Association Française Contre l'Abus du Tabac. O título de sua obra em francês é *Physiologie Sociale: Le Tabac, Qui Contient Le Plus Violent des Poisons, La Nicotine Abrégé-t-il l'Existence? Est-il Cause de la Dégénérescence Physique et Morale des Sociétés Modernes?* Paris: Dentu (1876), reimpresso por Flammarion (1898). Ver BERNANDES, Op. cit. P. 65.

Um primeiro modelo de pesquisa foi fornecido por Bernard e consistiu na injeção, durante vários dias, de progressivas doses de nicotina em um coelho e em um porco da Índia sadios. No porquinho da Índia, injetaram 1/1000 de solução aquosa de nicotina e, no coelho, uma dose menor. O objetivo era achar alguma modificação no sangue do porco, para o qual utilizam o hematoscópio de Henocque, e também se dedicam à contagem dos glóbulos vermelhos do coelho através de um aparelho de Malassez⁹⁴⁵. As conclusões de Masson foram que a nicotina exerce uma ação redutora sobre a oxi-hemoglobina⁹⁴⁶. Na segunda parte do experimento, Masson relata que criaram um sistema para obter sarro do fumo de tabaco e, desta forma, poder obter seus elementos tóxicos. O sistema consistia em um tubo forrado, através do qual faziam passar a fumaça do tabaco⁹⁴⁷.

Masson cita Alfred Vulpian (1875)⁹⁴⁸ e Bernard (1857). Com este último, discute a afirmação do cientista francês de não ter achado influência nenhuma da nicotina no sangue. Masson afirma ter observado redução da oxi-hemoglobina através do hematoscópio e pela contagem dos glóbulos no microscópio⁹⁴⁹. Entre os efeitos da nicotina acusados por Masson, destaca-se a ação do fumo nos dentes, na mucosa da boca, geração de úlceras na língua, inflamação da amígdala, faringites e laringites, efeitos ligeiros no esôfago e mais complexos e prejudiciais no estômago⁹⁵⁰. Ele também afirma que o fumo determina epilepsias, hemiplegias, amolecimentos, tabes dorsais, paralisias, neuralgias nos nervos periféricos e alterações cardíacas⁹⁵¹. Como preceito higiênico, recomenda deixar o fumo de tabaco⁹⁵².

A tese de Paço (1891) parte por definir que “unicamente da presença da nicotina decorrem as propriedades toxicas das nicocianas, cujo alcaloide é um dos mais violentos venenos conhecidos”⁹⁵³. Considera a nicotina no grupo da morfina, clorofórmio, estricnina e conicina. Concorda também com as lesões anatômicas pelo envenenamento com nicotina apresentadas por Masson⁹⁵⁴. Determina ainda uma ação sobre o sistema

945 MASSON FILHO, Amedeo Prudencio. *Envenenamento pelo fumo e pela nicotina*. Typ Montenegro, Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1890. P. 40.

946 Ibid. P. 42.

947 Ibid. P. 47.

948 Alfred Vulpian (1826-1887) foi um médico e neurologista francês. A obra citada por Masson é *Leçons sur l'action physiologique des poisons et médicaments, faites à la Faculté de médecine de Paris* (1875).

949 MASSON, Op. cit. P. 47

950 Ibid. P. 69 a 73.

951 Ibid. P. 81, 87 e 93.

952 Ibid. P. 104.

953 PAÇO, Op. cit. P. 5.

954 Ibid. P. 33.

nervoso, paralítica e convulsiva⁹⁵⁵ e estabelece que a dose tóxica de nicotina que provoca acidentes notáveis, que podem acabar com a morte do homem, é de 3 miligramas⁹⁵⁶.

Vinte anos depois, uma tese confirma a afirmação de Paço. Chaves (1910), em uma tese intitulada *Breves considerações sobre o tabagismo*, diz que a nicotina é um “veneno extremamente violento de ação igual ao ácido prúsico, aconitina, eserina, cicutina”⁹⁵⁷. Adiciona que “todos os animais são atacados por esta substância, por qualquer via que seja introduzida, o animal é fulminado”⁹⁵⁸. Chaves cita Ambroise Tardieu (1867) para abordar as faculdades atingidas pelo uso frequente de tabaco, que eram a atenção, perdida em certo tempo, e a memória, que os fumantes perderiam mais rápido que os alcoolistas⁹⁵⁹. Uma tese de 1931 dedicada ao tabagismo crônico aponta que este é provocado pelas intoxicações exógenas e as influências hereditárias, que define como predisposições individuais, infecções, perturbações vagosimpáticas, que influenciam poderosamente a marcha da intoxicação⁹⁶⁰. O declínio da atenção dos médicos ao tabaco se perderá até a década de 1940, quando o câncer será enxergado a partir da oncologia⁹⁶¹.

O mate e o café também são listados nos experimentos feitos nos espaços laboratoriais no Brasil. No caso do café, desde as primeiras décadas do século XIX se iniciou seu cultivo no Rio de Janeiro para atender os mercados da Inglaterra e da Alemanha. A lavoura foi tão bem sucedida que acabou por substituir, em importância econômica, a cana de açúcar⁹⁶². Dessa forma, os ensaios feitos no Museu Nacional se relacionam com o processo de modernização do Brasil, onde o café se tornou a principal atividade econômica. Assim, podemos salientar que os estudos fisiológicos sobre o café são de interesse tanto científica quanto industrial no Brasil.

955 Ibid. P. 17.

956 Ibid. P. 5.

957 CHAVES, Thereziano de Magalhaes. *Breves considerações sobre o tabagismo*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1910. P. 23.

958 Ibid. P. 23.

959 AUGUSTE Ambroise Tardieu. *Étude médico-légale et clinique sur l’empoisonnement*. 1867. Ibid. P. 52 e 53.

⁹⁶⁰ FROTA, Paulo. *O tabagismo crônico*. TESE FMRJ, Rio de Janeiro, 1931. P. 4.

⁹⁶¹ A relação definitiva entre o câncer e o tabaco vai ser feita na Alemanha nazista. Proctor comenta que nos treze anos que durou o regime foram feitas mais de mil teses de médicos dedicadas ao câncer, constituindo o foco de atenção majoritariamente explorado depois das doenças do sangue. Em um instituto criado por Hitler em Jena (1941), fizeram-se as primeiras pesquisas epidemiológicas para provar a associação entre o tabaco e o câncer de pulmão e as vias respiratórias. Entre 1939 e 1943, os cientistas que encabeçaram aquelas pesquisas foram Franz H. Müller e E. Schöniger. Ver Robert N. Proctor. *The Nazi War on Cancer*. Princeton University Press, 1999.

⁹⁶² EDLER, 2013. Op. cit. P. 176.

O estudo do mate convocou, por exemplo, o diretor do laboratório do Museu Nacional, o francês Louis Couty (1854-1884), que chegou ao Brasil em 1878, convocado pelo imperador Pedro II. O cientista francês explicita, como objetivo do laboratório, o estudo dos efeitos fisiológicos de plantas como mate, café, mandioca e outras plantas alimentícias e tóxicas⁹⁶³. Um de seus primeiros estudos, publicado na França em 1878, foi dedicado à ação do mate, determinando que ele excita o sistema simpático naqueles órgãos que são os mais independentes dos centros nervosos. Também aponta um valor fisiológico que “parece ter uma grande importância para os médicos clínicos e também para o higienista, sobretudo se, como podemos esperar, esta substância pouco custosa e muito ativa tornar-se de um uso mais geral como agente terapêutico e alimentar”⁹⁶⁴.

No Chile, não há estudos fisiológicos sobre o efeito do mate e do café no século XIX. Apenas aparece mencionado por Puga Borne no seu *Tratado de Higiene* (1891), que inclui entre os alimentos nervinos, acusando que “el hábito del mate esclaviza como el de todos los alimentos nervinos; cuando le falta el mate a los materos todas las funciones languidecen; el trabajo, el sueño, la dijestion se hacen casi imposibles”⁹⁶⁵. O médico higienista afirma que, no Chile, o consumo do mate diminuiu, sendo substituído pelo chá, a imitação dos europeus.

O café foi objeto dos estudos do principal discípulo de Couty no Laboratório do Museu Nacional do Rio de Janeiro, Eduardo Guimarães⁹⁶⁶, cuja tese de doutoramento na Faculdade de Medicina foi intitulada *Do uso e abuso do café* (1882), na qual apresenta experimentos feitos em cães para determinar os efeitos do café sobre a nutrição, temperatura e peso⁹⁶⁷. A tese foi antecedida por Couty, que comenta que o laboratório de fisiologia do Museu deve se orgulhar por esses experimentos inéditos, que ele se encarregará de publicar na Europa. O intuito é passar por um procedimento legitimado de validação científica, que na época se consolidava como modelo para as ciências biológicas as observações feitas a respeito das substâncias listadas. O defensor

963 VIMIEIRO, Op. cit. P. 84 e 98.

964 COUTY, Louis; *Recherches sur l'action physiologique du maté*. Compte Rendu Societé de Biologie. Nº.6 ; Vol. 30, 1878. P. 382. *Apud* Vimieiro, Op. cit. P. 88.

965 Os alimentos nervinos foram conceituados por Matengazza e incluem os alcoóis, chá, café, mate, cacau, coca e o guaraná. PUGA, Op. cit. P. 554.

966 O praticante Eduardo Augusto Ribeiro Guimarães (1860-1931) se titulou em 1882 e a partir de 1883 passou a ser professor adjunto da cadeira de Terapêutica da mesma Faculdade. VIMIEIRO, Op. cit. P. 128.

967 GUIMARÃES, Eduardo Augusto Ribeiro. *Do uso e abuso do café*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1882. P. 5.

da tese comenta que “a experimentação physiologica é o único meio de elucidar o mecanismo das ações que exercem as substancias toxicas”⁹⁶⁸.

Os experimentos consistiram em injetar doses de 40 a 160 gramas de uma ‘infusão forte de café’ em cães mantidos em uma dieta de angu e bacon. Ao mesmo tempo, mantinham-se um grupo controle com a mesma dieta. Os injetados com a infusão do café morreram entre os 14 e 20 dias; enquanto os cães do grupo controle morreram entre os 25 e 35 dias⁹⁶⁹. Os pesquisadores envolvidos no experimento pesaram os animais várias vezes por dia, tomaram constantemente a temperatura, colocaram atenção ao estado do coração, das pupilas e da respiração. Diferentemente das outras teses revisadas, Guimarães apresenta uma sequência detalhada sobre as fases dos experimentos, completando com uma tabela no final, e apresenta um diagrama das frequências respiratórias e cardíacas dos cães. O modelo seguido é o mesmo que na época se constrói na inteligibilidade das ebriedades alcoólicas. Embora a tese conclua que o café é um poderoso estimulante, os ensaios com animais são explicitados em função de comprovar o abuso do café. Nas conclusões, apontam que a sobreintoxicação por café que provocaram nos animais produziu desordens graves, comparáveis ao alcoolismo crônico, interferindo na circulação, na inervação e na nutrição⁹⁷⁰.

A conclusão do experimento é que o uso do café ativa as combustões nutritivas e a desassimilação dos alimentos. Guimarães comenta que o café, utilizado com moderação, estimula o sistema nervoso, tanto na parte que preside os atos da vida de relação como na que tem sob sua dependência a vida vegetativa. Também acelera a circulação e a respiração, aumenta a tensão arterial, eleva a temperatura orgânica e acelera o movimento nutritivo⁹⁷¹.

Uma tese feita no mesmo ano por Macedo analisa os aspectos higiênicos do café e aponta que as análises químicas feitas não encontram elementos nutritivos, e que a aplicação do método experimental no estudo do café mostra que é um “tônico neurothénico”, exercendo uma ação êxito-motriz em doses moderadas, predominando sobre os aparelhos circulatório e digestivo. Macedo comenta que o café é considerado uma ‘bebida intelectual’ com importante ação sobre a imaginação⁹⁷². As conclusões

968 Ibid. P. 87.

969 Ibid. P. 6.

970 I

bid. P. 82.

971 Ibid. P. 69.

972 MACEDO, Carlos Buarque de. *Do uso e abuso do café*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1882. P. 19.

formuladas por Macedo evidenciam que o café, ao contrário da grande maioria das outras plantas listadas, estava em alta estima na conceituação da época.

“O café convem ao pobe e ao rico, ao operario, ao litterato, ao sabio; activa o espirito, fortifica a razão;ascende a imaginação; ao operario repara as forças enfraquecidas por uma alimentação insuficiente e pouco azotada”⁹⁷³.

Carneiro aponta a diferença no efeito psicoquímico do café com os alucinógenos e excitantes absorvidos a partir do século XVI:

“Os excitantes serviram às demandas de vigília, atenção e produtividade laboral que o capitalismo nascente necessitava, da mesma forma que a sua contrapartida, os sedativos, como o ópio, que era amplamente consumido. Com essa dieta psicoquímica pendular: excitantes e sedativos, a classe trabalhadora foi disciplinada quimicamente para adequar seu humor e disposição física aos novos ritmos do trabalho”⁹⁷⁴.

No Chile, o café não provoca a atenção da corporação terapêutica. Embora seja mencionado nos discursos médicos revisados, o interesse é muito reduzido em comparação com outras substâncias. Em 1889, uma comunicação na RMCh apresenta um artigo do jornal francês *La Semanaine Médicale*, que comenta dois casos que tiveram acessos de loucura ao beber café. No primeiro caso, o acesso ocorreu em um homem que ingeriu 80 gramas de café moído; enquanto o segundo caso ocorreu com um homem que ingeriu um litro de café, e teve acessos de loucura que degeneraram em monomania suicida⁹⁷⁵. Posteriormente não apareceram mais menções ao café na RMCh.

4.4. Heroína e cocaína: sedativos e anestésicos

Sintetizada em 1874, a heroína despertou o interesse dos médicos depois de sua comercialização pela Bayer a partir de 1898. Na virada do século, teve uso para acabar com a tosse e como sedativo do sistema nervoso. No Chile, no *Tratado de Farmacia*, Juan B. Miranda (1898) evidencia o uso da heroína, entre outros derivados da

⁹⁷³ Ibid. P. 19.

⁹⁷⁴ CARNEIRO, 1994, Op. cit. P. 134.

⁹⁷⁵ Sección Crónica Médica. *Revista Médica de Chile*. Tomo 18. 1889-1890.

morfina⁹⁷⁶. O autor comenta que a diacetil morfina (heroína) “tiene las propiedades de la codeína y de la morfina, es seis veces más activa que aquélla y diez veces menos tóxica. Es además antipirética”⁹⁷⁷.

Em 1900, a tese de Pedro Miranda dedicada à heroína apresenta suas propriedades químicas e as vias de administração, fundamentalmente em gotas. O uso terapêutico dado à heroína pelo defensor da tese é como sedativo do sistema nervoso⁹⁷⁸. No mesmo ano, uma breve nota na RMCh estabelece a dosagem do cloridrato de heroína em “uno á dos centígramos repetidos dos ó tres veces en el día, en solución, en cápsulas ó bajo la forma de inyección hipodérmica; en el tratamiento de afecciones de las vías respiratorias para combatir sobre todo la tos”⁹⁷⁹. Uma comunicação da revista estrangeira alega, em 1903, que a heroína tem utilidade para o alívio da dor, para o tratamento de pneumonia, de tuberculose pulmonar e de bronquite, além de efeitos calmantes em casos de tosse violenta e na influenza, atenuando a doença. Outras doenças em que se reportou o uso, diz a nota, são a coqueluche e a sarna. A respeito da tuberculose, afirma: “No creemos haya otro medicamento más útil para moderar las graves dolencias de los tuberculosos á quienes calma y tranquiliza”⁹⁸⁰.

No Brasil, uma tese de 1924 apresenta o uso de heroína como um sedativo⁹⁸¹. Os usos terapêuticos que detalha são também para a tosse, tuberculoses, bronquites crônicas e a coqueluche⁹⁸². Citando estudos feitos na Alemanha, destaca no caso das bronquites que nenhum paciente adquiriu alguma forma de *heroïnomania*⁹⁸³. A tese também contempla o processo de derivação da heroína a partir da morfina e entrega fórmulas respeito das soluções injetáveis⁹⁸⁴. Comenta que a heroína tem sido empregada só por via bucal e hipodérmica no homem⁹⁸⁵.

Nos animais de laboratório, além das vias citadas, a heroína (chamado também éter da morfina) foi introduzida por via intravenosa e também por via gastrointestinal.

976 Menciona al Sulfato de morfina (533); Acetato de morfina y Clorhidrato de apomorfina (534); dioxina o Clorhidrato de etil-morfina (536); Peronina (537); la Codeína, usada como hipnótico, somnífero y sedante (538); fosfato de codeína (538); además de la Apocodeína y Narceína (540). MIRANDA, Op. cit.

977 *Ibid.* P. 537.

978 RIQUELME N. Pedro A. *La Heroína como sedante del sistema nervioso*. Tese FMUCh, 1900.

979 *Revista Médica de Chile*. Tomo 28. 1900. P. 399.

980 Algunas ideas respecto de la morfina, codeína y heroína. Traducido de *The Therapeutic Gazette*, febrero 15 de 1903, por Samuel E. Earp. *Revista Médica de Chile*. Tomo 31. 1903. P. 223.

981 SILVA, Zoroastro Marques da. Do ether diacetico da Morphina: Heroína. TESE FMRJ, Rio de Janeiro, 1924. P. 8.

982 *Ibid.* P. 8, 9, 11.

983 *Ibid.* P. 9.

984 *Ibid.* P. 13 e 15.

985 *Ibid.* P. 22.

As soluções são de 3 a 9 miligramas⁹⁸⁶. Da Silva diz que, em uma aplicação por via gástrica de heroína não dissolvida, observou manifestações aos 20 minutos depois da aplicação. Pela via do tecido conjuntivo subcutâneo, afirma ter observado efeitos aos 2 minutos⁹⁸⁷.

Um capítulo da tese de da Silva é dedicado a um experimento com um cão, que recebeu uma injeção hipodérmica e as primeiras manifestações apareceram depois de 2 ou 4 minutos. Logo o animal se inquieta, apresenta fraqueza das patas posteriores, ereção e vômitos, os dois últimos raros. O animal também experimentou hipersecreção salival, seguida por um forte torpor. Após horas, o animal acordou⁹⁸⁸. O ensaio de da Silva não foi o único. Ele comenta que no livro de notas do laboratório de farmacologia de 1922 achou vários exemplos de ensaios com heroína que concluem efeitos similares. Em um desses ensaios (22 de outubro de 1922), um cão de 9 quilogramas recebeu injeção subcutânea na coxa com 36 centigramas de cloridrato de heroína. Aos dois minutos, o animal apresentou grande depressão e dificuldade para se manter em pé. Depois, deitou-se e acordou aos 6 minutos, agitado, e tentou marchar. Passados 10 minutos, entrou novamente em agitação e caiu no chão com os membros distendidos, em um quadro que é descrito como uma “crise de tetanismo”. Uma dose similar foi dada ao animal meia hora depois, morrendo após 4 horas⁹⁸⁹. Após, ele apresenta dois ensaios feitos em um coelho, uma cobaia e um gato, com doses menores que também provocaram a morte dos animais depois de períodos de hiperexcitabilidade e, acessos convulsivos, tetania e morte⁹⁹⁰.

Da Silva, a partir do torpor dos animais provocado com a heroína, afirma que uma dose de 10 centigramas resulta em um “hypnotico verdadeiro”⁹⁹¹. As associações estabelecidas por da Silva e outros que testaram a farmacodinâmica da heroína em animais se converteram em usos possíveis em humanos. Isso é fornecido pelo estabelecimento de doses exatas. Para o tratamento das doenças respiratórias, da Silva diz que pode se empregar uma dose de 5 a 10 miligramas de cloridrato de heroína ou 2 a 4 centigramas sob a forma de pó, compostos, pílulas ou papéis, espaçados em 24

986 Ibid. P. 22.

987 Ibid. P. 24.

988 Ibid. P. 25.

989 Ibid.

990 Ibid. P. 26.

991 Ibid.

horas⁹⁹². A função hipnótica nos humanos é produto da sua ação analgésica, mais eficaz, segundo da Silva, do que a morfina⁹⁹³.

Seguindo o roteiro das teses de medicina experimental, da Silva evidencia a ação da heroína sobre a respiração, circulação, aparelho digestivo, aparelho geniturinário e sobre os centros nervosos. Nesses, apresenta uma ação paralisante e convulsionante que atinge os centros bulbomedulares⁹⁹⁴.

A cocaína também provocou o interesse dos fisiologistas. Com a substância foram feitos experimentos segundo o modelo fisiológico em animais e também foram feitos autoensaios pelos cientistas do Chile e do Brasil. Na virada do século XX, a cocaína foi muito utilizada como anestésico.

Desde a década de 1880, tanto no Brasil como no Chile, a cocaína é usada como anestésico local e os médicos ressaltam suas qualidades em comparação com o clorofórmio. No Brasil, um médico em 1892, entre outras recomendações para o uso de cocaína, dizia que:

“Empregada assim de uma maneira graduada e metódica, a cocaína apresenta sobre os anestésicos ordinários, clorofórmio, éter, etc. vantagens sobre as quais é inútil insistir: ausência de efeitos gerais, de períodos de excitação, de perda de conhecimento; possibilidade das operações sem o socorro de ajudante algum, e intervenção operatória sendo consecutiva e não simultânea à introdução do agente anestésico”⁹⁹⁵.

Adiala destaca que quase metade dos artigos publicados no jornal *Brazil Médico* no período de 1900 a 1904, sobre a cocaína, tratava de questões relativas ao seu uso e de derivados. Isso evidencia tanto o impacto da introdução dos novos anestésicos na prática cirúrgica como a importância da discussão sobre o uso da cocaína para as clínicas médicas especializadas emergentes. A dermatologia, a oftalmologia e a obstetrícia são especialidades cirúrgicas que ganharam espaço na FMRJ com as reformas de ensino feitas nas últimas décadas do século XIX. As aplicações das drogas

992 Ibid. P. 27.

993 Ibid. P. 28.

994 Ibid. P. 33.

995 AGUIAR, Oliveira. Da cocaína e suas contraindicações. *Brazil Médico*, Ano VI, Nº 16, 1892, Pp. 125-126. *Apud* ADIALA, Op. cit. P. 83.

anestésicas nessas especialidades implicaram uma forma de autolegitimação científica e autopromoção da profissão⁹⁹⁶.

No Chile, ocorre um entusiasmo similar a respeito da cocaína na corporação terapêutica. A primeira menção à substância aparece na RMCh em novembro de 1884, comentando-se seu uso como anestésico local. Comenta-se que, com uma solução de 10%, o cirurgião Manuel Barros Borgoño “ha operado en casos de estaliloma, estraccion de pólipos nasales i naso-farinjeos, uretrotomías (...) siempre con éxito maravilloso, sin lamentar un solo caso desafortunado”⁹⁹⁷. Também se afirma que o médico Cienfuegos usou cloridrato de cocaína na extração de pólipos nasofaríngeos do presidente Domingo Santa María⁹⁹⁸. Em 1885, comenta-se sobre o uso do cloridrato da cocaína para o tratamento da coqueluche⁹⁹⁹. Em 1886, observa-se o uso da injeção da cocaína como anestésico local¹⁰⁰⁰. Barros Borgoño, em 1886, incorporou o cloridrato de cocaína ao uso hospitalar como anestésico local. O médico operou, aquele ano, uma autoplasia do paladar com cocaína¹⁰⁰¹. A RMCh evidencia o uso de cocaína em casos de amigdalites¹⁰⁰², em operações de curta duração¹⁰⁰³ e no cateterismo do esôfago¹⁰⁰⁴. Também aparece sendo usada na extirpação do bócio e em cirurgias biliares¹⁰⁰⁵ ou para casos de hérnia inguinal¹⁰⁰⁶. O médico Lucas Sierra, interno no Hospital San Francisco de Borja, na virada do século, promove a cocaína como anestésico local e introduz diferentes métodos de aplicação na prática médica.

Uma delas foi a anestesia raquidiana, para a qual a cocaína era utilizada como anestésico. Para o desenvolvimento da técnica para paralisar a sensação das extremidades inferiores concorreram a punção lombar, desenvolvida por Quincke (1891), as aplicações de medicamentos intra-aracnoide, como a desenvolvida por Tuffier, que iniciou a raquianestesia na França (1901), e o uso da cocaína para o procedimento aconselhado por Corning¹⁰⁰⁷. No Brasil, a técnica foi introduzida pelo médico Paes Leme no Rio de Janeiro e por Oliveira Fausto em São Paulo. O primeiro

996 Ibid. P. 55.

997 *Revista Médica de Chile*. Tomo XIII. 1884-1885. P. 122.

998 Ibid.

999 *Revista Médica de Chile*. Tomo XIV. 1885-1886. P. 576.

1000 *Revista Médica de Chile*. Tomo XV. 1886-1887. P. 25.

1001 LAVAL, 2006. Op. cit. P. 261.

1002 *Revista Médica de Chile*. Tomo XVI. 1887-1888. P. 332

1003 *Revista Médica de Chile*. Tomo 18. 1889-1890. P. 447.

1004 Ibid.

1005 LAVAL, Op. Cit. P. 262.

1006 *Revista Médica de Chile*. Tomo 27. 1899. P. 114.

1007 CAMARGO, Octavio de Arruda. *Contribuição ao estudo da Rachianestesia*, Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1929. P. 8 e 15.

artigo publicado no jornal *Brazil Médico*, em 1902, explicando o método foi assinado por Álvaro Ramos. O médico Daniel de Almeida (1859–1919) foi o principal difusor da técnica no Rio de Janeiro¹⁰⁰⁸. Ele era chefe da Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e um reconhecido cirurgião da época, autor de vários artigos sobre as qualidades anestésicas da cocaína e da tropocaína¹⁰⁰⁹. No Chile, em 1901, Serra introduz a anestesia lombar na Clínica Universitária e, no mesmo ano, uma tese de medicina (Melean) evidencia a analgesia produzida pela injeção sublombar de cocaína¹⁰¹⁰. Em 1909, Serra começa a praticar a raquistovainización pelo método de Jonesco, proposto em 1908¹⁰¹¹.

O entusiasmo inicial com a cocaína é sucedido pelos primeiros alarmes a respeito de casos de intoxicação com a substância. A primeira é feita em 1886, na cidade de Copiapó, e publicada na RMCh, relatando-se a injeção de cocaína em um paciente para extrair o molar e que o paciente “tuvo dolores, dificultad para respirar, ansiedad precordial, temblores musculares, un delirium tremens durante poco más de una hora”¹⁰¹². Em 1896, reporta-se outro caso de envenenamento por cocaína depois de injeções uretrais e subcutâneas no paciente¹⁰¹³.

Paralelamente, outras substâncias desenvolvidas começam a ser testadas, separadas ou misturadas com os anestésicos conhecidos. Em 1894, na RMCh, cita-se um estudo que propõe associar a analgesia cocaínica com a trinina, medicamento vasodilatador¹⁰¹⁴. Depois, a substância desaparece das menções terapêuticas, embora os fatos mostrem uso contínuo. No século XX, apenas achamos uma menção na RMCh sobre o uso da cocaína junto a percaína¹⁰¹⁵ na otorrinolaringologia. A comunicação aborda, ainda, o uso da cocaína como anestésico administrado em forma tópica, por meio de pinceladas ou cotonetes molhados¹⁰¹⁶.

No Brasil, as teses dedicadas aos anestésicos permitem acompanhar os usos e as considerações dadas à cocaína a partir da década de 1880. Uma tese de 1882 apresenta o arsenal de anestésicos que os cirurgiões dispunham no momento da entrada da cocaína

1008 Ibid. P. 8.

1009 ADIALA, Op. Cit. P. 55.

1010 MELEAN C., Aurelio. *Contribución al estudio de la analgesia quirúrgica por Inyección Lumbar Sub-Aracnoidea de Cocaína (Raquicocainización)*. Tese FMUCh, Santiago, 1901.

1011 LAVAL, 2006. Op. cit. P. 263.

1012 *Revista Médica de Chile*. Tomo XV. 1886-1887. P. 34.

1013 *Revista Médica de Chile*. Tomo 24. 1896.

1014 *Revista Médica de Chile*. Tomo 22. 1894. P. 403.

1015 Cloridrato de dietilenodiamido del ácido alfa butil oxicinconímico.

1016 *Revista Médica de Chile*. Vol. 60. 1932. P. 696.

no Brasil. Santos detalha que, na escolha do agente anestésico, deve-se considerar a operação que será realizada. Indica o clorofórmio e o éter para operações longas; e o protóxido de azoto, éter metílico ou hidrureto de amila para intervenções curtas¹⁰¹⁷. Na oftalmologia, recomenda o biclorureto de ethyla. Destaca os usos da cocaína em obstetrícia e para afecções do sistema nervoso. Santos comenta que o hipnotismo produzido pela substância gera um estado cataléptico, que foi considerado inútil em operações cirúrgicas¹⁰¹⁸.

Oito anos depois, uma tese que valoriza as qualidades anestésicas da cocaína apresenta vários experimentos com animais feitos fora do Brasil. Botelho (1890) reconhece que, na época, ainda não eram elucidados os fenômenos que a cocaína produz na economia do corpo quando é introduzida na corrente circulatória¹⁰¹⁹. A tese também evidencia o conhecimento do cocainismo, referida aos usuários não médicos de cocaína desde que Erlenmeyer, em 1885, respondera o otimismo de Freud, resenhando casos de usuários com problemas de consumo. Botelho comenta que a cocaína dissipa os sentimentos de fadiga corporal e intelectual, e produz uma deliciosa sensação de alegria e bem estar que atrai aos indivíduos de espírito fraco¹⁰²⁰. Botelho comenta que:

“Diversos médicos de América do Norte tem assinalado a ação inebriante que a cocaína produz sobre os indivíduos que dela fazem uso, pelo que muitos habituam-se de tal maneira a seu abuso que lhes é difícil ou mesmo impossível libertarem-se desse vício, que acarreta os infelizes a um estado de intoxicação crônica denominando cocainismo”¹⁰²¹.

Botelho afirma que a cocaína age sobre a circulação, respiração e digestão. No que se refere à função cérebro-espinhal, o médico comenta que, na época, há sérias dúvidas sobre as modificações que a cocaína imprime nas funções desses órgãos. Em pequenas doses, comenta, a cocaína aumenta a atividade deles, mas em doses maiores,

1017 SANTOS, José Fernandes da Costa. *Anestésicos*. Tese FMRJ, Imprensa Industrial, Rio de Janeiro, 1882. P. 26

1018 Ibid. P. 54.

1019 BOTELHO, F. A. *Do valor anestésico da cocaína na cirurgia em geral*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1890. P. 27.

1020 Ibid. P. 30.

1021 Ibid. P. 30.

ela paralisa a medula, conservando, porém, os nervos motores e sensitivos intactos na periferia. Sob a ação da cocaína, comenta que a condutividade da medula é suspensa e as células que presidem à gênese dos movimentos reflexos não funcionam¹⁰²². Fundamentado nas pesquisas, finalmente observa que a cocaína ativa as funções cerebrais, tornando a memória e inteligência mais lúcidas e excita a imaginação¹⁰²³.

Adiala comenta que diversos médicos destacavam os usos da cocaína no fim dessa década: Tibério de Almeida (1888) destaca o uso da cocaína na asma¹⁰²⁴; Franca (1891) salienta o uso da cocaína no parto¹⁰²⁵, e Vieira Souto (1901) descreve o valor da anestesia cirúrgica pela cocaína¹⁰²⁶. Também na época, observa Adiala, eram produzidos debates sobre os acidentes evidenciados pelo uso da substância em cirurgias. O médico Oliveira Aguiar (1892) comenta as proposições do médico francês Magitot aprovadas pela Academia de Medicina de Paris, que aconselhavam respeito do uso da substância: que era um excelente analgésico local e que não se poderia, sob pretexto sério, proscrever o emprego na prática cirúrgica; proporcionava mais seguridade que o éter ou o clorofórmio; seu modo de emprego reclama certas precauções e a duração do efeito anestésico da cocaína é sempre suficiente para permitir todas as operações da cirurgia ordinária¹⁰²⁷.

Eram noticiadas as intoxicações por cocaína nos jornais médicos da época. Em 1892, Daniel de Almeida relata um caso acontecido na sua clínica, no qual uma paciente apresentou sintomas de envenenamento após uma injeção de 1 centigrama de cloridrato de cocaína, fenômenos que consistiram em suores profusos, ruído fortes nos ouvidos, lipotimia, que “se dissiparam desde que a doente foi colocada em posição horizontal”¹⁰²⁸. Adiala comenta que, na época, três disciplinas discutiam a questão do envenenamento produzido por drogas: a clínica toxicológica, a farmacologia e a medicina legal¹⁰²⁹.

Em uma tese dedicada à anestesia local em cirurgias (Mascarenhas, 1894), comenta-se que o sucesso da cocaína tem a ver com o manejo. O autor diz que os

1022 Ibid. P. 31.

1023 Ibid. P. 34.

1024 ALMEIDA, Tibério de. Cocaína na asma. *Brazil Médico*, 1888. *Apud*, ADIALA, Op. cit.

1025 FRANCA, D. Emprego da cocaína no parto. *Brazil Médico*, 1891. *Apud* ADIALA, Op. cit..

1026 SOUTO, V. Anestesia cirúrgica pela cocaína. *Brazil Médico*, 1901. *Apud* ADIALA, Op. cit.

1027 AGUIAR, OP. cit. P. 125-126. *Apud* ADIALA, Op. cit. P. 83.

1028 ALMEIDA, Daniel de. Envenenamento pela cocaína. *Brazil Médico*, Ano VI, Nº 17, 1892, P. 124. *Apud* ADIALA, Op. cit. P. 85.

1029 Ibid. P. 86.

problemas produzidos na prática dentária são pela posição dos pacientes. Afirma que a overdose podem acarretar em síncope, como também em delírio loquaz ou enternecimento. Mas, comenta que os últimos problemas se dissipam dando a beber café¹⁰³⁰. Na época, já se considerava a cafeína como antagonista da cocaína. Mascarenhas também estabelece uma dosagem em injeções hipodérmicas de 1/100 ou de 2/100, no máximo¹⁰³¹.

Na segunda década do século XX, no Brasil, a cocaína ainda era utilizada como anestésico local e na anestesia troncular. Johnson (1924) descreve que era usada em medicina interna e externamente, sob a forma de poções, soluções, colírios, fricções e injeções hipodérmicas. Suas propriedades terapêuticas eram consideradas na crise gastrálgica e nos vômitos, mas seu uso principal era como injeções intrarraquidianas, a fim de se obter a raque-analgesia¹⁰³².

Na explicação da anestesia produzida pela cocaína, Johnson comenta que se invocou a isquemia como causa inicial na anestesia produzida, devido à palidez produzida pela substância, similar à secular anestesia por refrigeração (gelos)¹⁰³³. A autora também explica como, na época, compreendia-se o efeito da cocaína. Comenta que introduzida a cocaína por via venosa no corpo, observa-se anestesia superficial e excitabilidade motora. Isso provocava confusão na inteligibilidade médica da época, ao tratar-se de sinais opostos mostrados por Johnson: a curarização das terminações sensitivas e, por outro lado, a excitação do eixo encéfalo raquiiano, que se estende da medula a córtex e o bulbo¹⁰³⁴. O modelo iniciado por Bernard com seus experimentos com a ação fisiológica do curare ainda fornecem um modelo de inteligibilidade às explicações de ação de outras substâncias:

“Sobre o aparelho cardio-vascular ezerce a cocaina notavel ação que, começando por fugaz abaixamento da pressão arterial paralelo de transtiroio alentamento do coração, logo após se caracteriza por acentuada elevação da pressão arterial, notavel e persistente vaso-constricção e aceleração de batimentos cardiacos.

“Do lado da respiração vê-se notavel aumento de movimentos respiratorios com sensível dminuição de amplitude.

1030 MASCARENHAS, Domingos Pinto de Figueiredo. *Da anestesia local em cirurgia operatória*. Tese Faculdade de Medicina e Pharmacia. Typ. Montenegro, Rio de Janeiro, 1894. P. 23.

1031 Ibid. P. 24.

1032 JOHNSON, Guilhermina da Rocha. *Anestezia e Anestezicos*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1924. P. 49.

1033 Ibid. P. 26.

1034 Ibid. P. 50.

“O calor periférico por sua vez diminui consideravelmente, graças à vaso-constricção periférica.

“O sistema simpático também atuado pela cocaína parece se excitar, traduzindo-se em fenômenos motores sobre o peritáltismo gastro-intestinal, e, ainda sobre as secreções glandulares”¹⁰³⁵.

Johnson também cita experimentos (Arloig) que demonstraram as alterações dos nervos sensitivos mergulhados em uma solução de cocaína, comparando-as com as de um nervo motor¹⁰³⁶. Também conecta a explicação fisiológica organicista com as manifestações observadas nos pacientes. Explica que:

“a ação medular fica documentada pela super-atividade dos fenômenos reflexo-motores; o bulbo se revela atingido pelos fenômenos respiratórios e vaso-motores, e, finalmente a excitação cortical, se traduz em rícos e prantos, crises de ira e ternura, delírio embriaguez”¹⁰³⁷.

O quadro descrito acompanha o processo de patologização dos usuários não médicos da cocaína, que já tinha se iniciado. Ao mesmo tempo, são desenvolvidos outros fármacos que evitavam problemas de intoxicação e assim davam mais certezas operacionais aos médicos. É o caso da novocaína, desenhada em 1905 para substituir a cocaína como anestésico local. No caso do Chile, uma tese de 1917 dedicada à anestesia raquidiana, percebe que a novocaína e a adrenalina já estavam sendo testadas naquela década¹⁰³⁸. No Brasil, Adiala comenta que a tropococaína, a estovaína e a novocaína substituem, na segunda década do século XX, a cocaína como anestésico¹⁰³⁹. Camargo (1929) diz que a cocaína já era considerada muito tóxica, sendo substituída pela tropococaína, estovaína e a novocaína na anestesia raquidiana¹⁰⁴⁰.

Os ensaios com a cocaína realizados pelos médicos do Brasil e do Chile acompanharam os experimentos fisiológicos, através de injeção de cocaína em animais e de observações feitas na prática com seus pacientes, e de autoensaios. O procedimento de teste que envolve o próprio corpo nas práticas laboratoriais incorpora a subjetividade,

1035 Ibid. P. 51.

1036 Ibid. P. 52.

1037 Ibid. P. 51.

1038 VIDAL S., G. Eduardo. *La Anestesia Local con la Solución Novocaína-Adrenalina*. Teses FMUCH, Santiago, 1915.

1039 ADIALA, Op. Cit. P. 156.

1040 CAMARGO, Op. cit. P. 8.

ou seja, exige que os cientistas façam descrições das experiências internas. A tradição, no caso das substâncias com efeitos na consciência, passa pelas experiências de Moreau de Tours (1845) com o haxixe e as de Sigmund Freud com a cocaína (1884). No caso do Brasil, aparece o médico Hilário de Gouvêia, através de experimentos com animas e autoensaios, e, no Chile, o médico Gabriel Covarrubias.

Em Santiago, Gabriel Covarrubias apresenta, em 1886, sua tese dedicada ao muriato de cocaína (cloridrato), na qual apresenta um panorama completo dos usos terapêuticos da substância, as formas de aplicação, experimnetos feitos com animais e um autoensaio. Sua visão é otimista em relação às qualidades do fármaco:

“Cualesquiera que sean los inconvenientes de este medicamento como anestésico local, goza por otra parte de cualidades exelentes que le garantizan el primer rango entre los anestésicos de este orden”¹⁰⁴¹.

O médico enumera, entre as técnicas e anestésicos locais utilizados na época, a refrigeração, o éter, o clorofórmio, o ácido carbônico, o óxido e sulfuro de carbono, o protóxido de azoe (gás hilariante) e a eletricidade¹⁰⁴².

Segundo se desprende das citações de Covarrubias, ele não conhecia os ensaios feitos por Freud, mas sim as aplicações de Köller (1884) como anestésico ocular. Quanto ao assunto, comenta que:

“Thomson habia dejado un vacío con el descubrimiento de los anestésicos: la anestesia local de las mucosas, que permitiera sin aparatos que arredran al enfermo, sin molestas manipulaciones, suprimir el dolor en muchas operaciones. La cocaina ha venido a llenar este vacío i con las aplicaciones de Köller, de Viena, se realiza para la oculística el mas grande de los descubrimientos en el presente siglo”¹⁰⁴³.

Covarrubias evidencia que a cocaína é aplicada como substância, em pó e em pomada. Para produzir a anestesia, recomenda uso tópico pela comodidade de aplicação e pelo contato mais prolongado com a mucosa¹⁰⁴⁴. Cita casos de automedicação com

1041 COVARRUBIAS, Gabriel. *Estudio sobre el muriato de cocaina*. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia, Santiago, 1886. Em *Revista Médica de Chile*. Tomo XV. 1886-1887. P. 112.

1042 Ibid. P. 106.

1043 Ibid. P. 60.

1044 Ibid. P. 66.

gotas para acalmar a dor dos molares e como analgésico em extrações dentais¹⁰⁴⁵. Os usos terapêuticos detalhados por Covarrubias atribuem propriedades *midriáticas e anestésicas* à cocaína¹⁰⁴⁶, para logo entregar uma ampla listagem dos usos comunicados. O médico diz que serve para a anemia cerebral e espinal, excitações da medula, febres intermitentes, minimizando o período de frio e provocando suor. Também fornece recomendações do seu uso em casos de cólera, “sobre todo en el período *paralítico*; provoca el sudor, evita los vómitos i coagulación de la sangre” (M. Bauduy); e para afecções mentais, como as melancolias e monomanias, devido ao estímulo da atividade cerebral. Em hidropericardias, ajuda a reabsorção do líquido seroso. Adiciona o uso em casos de lentidão ou preguiça do coração, quando não se tem lesão orgânica. Igualmente, recomenda a substância na poliura por afecção nervosa e em algumas cistites, devido à diminuição da secreção da urina. Isso mesmo aplica para casos de incontinência noturna, devido à modificação do estado de “atonía dos órganos genitales”. Ainda indica o uso da cocaína em vômitos das grávidas e das histéricas, e sempre que se apresente um estado de irritabilidade gástrica ou dos órgãos digestivos; e para diminuir a secreção salivar, neuralgias e ciática, e em estados de debilidade e impotência dos órgãos genitais¹⁰⁴⁷. As contraindicações observadas por Covarrubias corresponderiam a casos de aneurismas e lesões do coração¹⁰⁴⁸. Covarrubias também indica a cocaína para o alcoolismo e o morfínismo:

“En el alcoholismo i morfínismo, tiene un efecto seguro i eficaz, así lo afirmo el doctor Fleischl, previendo que el abuso del medicamento es muchísimo mas perjudicial que aquellos estados morbosos, i Bauduy cita un caso de morfínismo curado, i en que habiendo continuado el paciente administrándose dieziocho a veinte centígramos de cocaína, tuvo una tremenda intoxicación”¹⁰⁴⁹.

A respeito do uso da cocaína em partos, Covarrubias aborda a experimentação do médico Adolfo Murillo, utilizando-a como anestésico em solução, pomadas e injeções hipodérmicas no colo uterino, mas conclui que “lo poco espedito de este procedimiento i lo poco lógico de los resultados que median entre las cualidades anestésicas del alcaloídeo i el fin que perseguíamos nos hizo abandonar esta via

1045 Ibid. P. 65.

1046 Ibid. P. 63.

1047 Ibid. P. 116.

1048 Ibid. P. 117.

1049 Ibid. P. 116.

experimental”¹⁰⁵⁰. No momento de se referir às intoxicações nos gabinetes médicos, comenta as reportadas na clínica oftalmológica do Hospital San Vicente de Paul pelo médico Máximo Cienfuegos. A resposta dada descreve sua perspectiva otimista quanto aos ensaios fisiológicos com a cocaína:

“Los casos de intoxicacion son lecciones que el clínico debe aprovechar para proceder, en la administracion de medicamentos delicados, con cautela, gran circunspeccion i jamas bien exagerada cordura, i para la ciencia teórica son rica fuente de deducciones mas o ménos exactas de donde pueden i podrán recojerse magnífico caudal de principios útiles a la accion fisiológico-terapéutica de los medicamentos”¹⁰⁵¹.

Dessa forma, Covarrubias salienta que a dosagem permite estabilizar um uso não perigoso da substância. Diz ter usado em pacientes injeções por via submucosa de cloridrato de cocaína com uma solução entre um 2 e 4%. Também experimentou uma solução a 5% misturada com éter¹⁰⁵². O médico cita intoxicações observadas pelo psiquiatra Augusto Orrego Luco que estabeleceu dosagens específicas para provocar quadros sintomáticos de doenças mentais da época. Em um primeiro estágio, afirma que uma injeção de 20 gotas de uma solução com 20% de muriato de cocaína provoca delírio. Uma injeção de 10 gotas de solução a 5% provoca um quadro de histero-epilepsia; e uma injeção de 20 gotas a 5% provoca uma contratura do músculo hioglosso. Uma última dose experimentada, sobre a qual Covarrubias não menciona a quantidade de muriato de cocaína empregada, gera vômitos de sangue¹⁰⁵³. O quadro descrito evidencia a modulação da dosagem para determinar etapas da intoxicação. Os comportamentos observados são descritos remetindo sintomas (delírios) ou doenças (histeria), próprios das doenças nervosas.

A tese de Covarrubias continua com experimentos feitos com animais, cachorros e rãs, aos quais foram injetadas diferentes doses de muriato de cocaína¹⁰⁵⁴ e depois para um autoensaio feito pelo médico com injeções hipodérmicas de 4 centigramas de uma solução de muriato de cocaína a 4%. O protocolo seguido detalha a via de administração da dose, as condições fisiológicas do sujeito, medidas através do pulso e das

1050 Ibid. P. 65.

1051 Ibid. P. 61.

1052 Ibid. P. 67.

1053 Ibid. P. 98.

1054 Ibid. P. 99.

respirações. Depois, ele apresenta as sensações experimentadas, que abrangem sintomas atingindo órgãos específicos, signos visuais, anímicos e intelectuais. Os sinais padronizados do corpo (pulso e respiração) são medidos constantemente:

“Para conocer nuestra susceptibilidad al medicamento nos inyectamos, de primera vez, en el antebrazo derecho, cuatro centígramos, contenidos en una jeringa, de una solución al 4 por ciento. Estábamos en ayunas, con 76 pulsaciones i 19 respiraciones por minuto. A los diez minutos experimentábamos los siguientes fenómenos: dolores fulgurantes, como pinchazos en todo el cuerpo, principiando por las piernas i antebrazos; eructos con sensacion de asco al estómago; borborigmo intestinal; sequedad en la garganta; pequeña dilatacion pupilar; aumento de los latidos cardíacos i mayor frecuencia respiratoria; excitación cerebral i mayor actividad de las funciones intelectuales; la palabra es mas fácil; el pulso es mas frecuente pero lleno.

“Diez minutos despues los síntomas aumentan: mayor sequedad de la boca i garganta i la mui escasa saliva que podemos secretar deglutina, nos causa acceso a la tos. Pulso, 105. Debilidad de los músculos de la pantorrilla. El pulso sube a 125, depresible i blando; el malestar es jeneral; pequeño dolor en la rejion del cerebello. Veinticinco minutos de comenzado estos accidentes se calman gradulamente, quedando el malestar de cabeza toda la tarde i la noche de ese dia”¹⁰⁵⁵.

A seguir, Covarrubias se injetou 5 e 6 centigramas de solução de muriato de cocaína. Ele descreve efeitos no aparelho digestivo, circulação (aceleração do ritmo cardíaco), no aparelho geniturinário, estimulação do sistema vasomotor, dilatação das pupilas e aumento da frequência respiratória. A respeito dos órgãos atingidos, comenta que foi o sistema cérebro-espinhal¹⁰⁵⁶.

Nas conclusões posteriores à experimentação, Covarrubias ressalta que a cocaína não apenas é um anestésico local, mas também apresenta propriedades analgésicas gerais devido à diminuição da sensibilidade à dor¹⁰⁵⁷. Salienta que aplicado nas mucosas, diferentemente de outros anestésicos, ela não provoca queimaduras nem irritações. Sustenta seu emprego porque, ao desaparecer a anestesia, as mucosas

1055 Ibid. P. 101.

1056 Ibid.

1057 Ibid. P. 108.

recobram seu estado normal sem danos posteriores¹⁰⁵⁸. O otimismo diante do fármaco é acompanhado de ressalvas de controle do uso pela corporação médica. Aponta que:

“Los individuos de temperamento *linfatico-nervioso* están dotados de notable suceptibilidad para este medicamento; del mismo modo que aquellas personas cuyos malos hábitos hijiénicos le arrastra a un empobrecimiento fisiológico, colocándoles en condiciones análogas a aquel temperamento”¹⁰⁵⁹.

Dessa forma, aconselha que os acidentes “ocurridos por el mal uso o abuso de este heróico medicamento, es prudente i conveniente al bienestar público que no sea administrado sino por médicos titulados o bajo su inmediata vijilancia”¹⁰⁶⁰.

No Brasil, Hilário de Gouveia (1843-1923), professor de clínica oftalmológica e otorrinolaringologia da FMRJ, fez autoensaios oftalmológicos com cloridrato de cocaína na década de 1880¹⁰⁶¹. Seus experimentos foram citados em teses dedicadas à ação da cocaína (Borges, 1888; Botelho, 1890).

O primeiro, publicado na *Revista de Cursos Práticos*, em 1885, aborda a instilação de uma gota de solução de cloridrato de cocaína nos próprios olhos de Gouvéia, que posteriormente fez uma descrição da experiência. No relato, o autor notou ardor intenso e lágrimas por dois minutos. Em seguida, comenta que a sensação foi diminuindo gradativamente e substituída por uma sensação de frescor e leveza singulares.

As observações feitas pelos assistentes do experimento acusam que a fenda palpebral aumentou e a conjuntiva bulbar tornou-se muito mais pálida. Uma nova instilação, aos 20 minutos, produziu mais ardor, porém diminuto, seguido de insensibilidade da córnea e conjuntiva bulbar e palpebral. Descreve que cinco minutos depois da segunda dose, começou a dilatação pupilar, ao longo de duas horas. Embora a anestesia total da córnea tenha durado apenas 5 minutos, relata que a sensibilidade permaneceu embotada por algum tempo¹⁰⁶².

1058 Ibid. P. 112.

1059 Ibid. P. 118.

1060 Ibid. P. 120.

1061 GOUVÉA, Hilario de. A cocaína na cirurgia e therapeutica ocular. *Revista do cursos prácticos e theoreticos*. N.1

Anno, 2, Rio, 1885 e GOUVEIA, Hilário. Ação da Cocaína sob o epithelio da córnea. *Brazil Médico*, 1887.

1062 GOUVÉA, 1885, Op. cit.

Gouvéia repetiu a experiência em 3 discípulos, concluindo que só depois da terceira, quarta ou quinta instilação se consegue uma anestesia completa da córnea e conjuntiva. Para seguir, é necessário instilar de 5 em 5 minutos¹⁰⁶³. O artigo é concluído por Gouvéia afirmando que “no serviço clínico da Faculdade, assim como em sua clínica civil não teve necessidade de recorrer, naquele ano, ao clorofórmio, senão em operações de prótese palpebral”¹⁰⁶⁴.

4.5. De cânhamo terapêutico a vício da diamba

Embora a cannabis esteja presente na terapêutica dos hospícios do século XIX, tanto no Brasil quanto no Chile, despertará escasso interesse da parte dos cientistas que desenvolviam ensaios fisiológicos. Mas em 1918, no Brasil, realizar-se-á um experimento, objetivando principalmente a patologização do seu uso.

A *Cannabis sativa*, nome estabelecido por Lineu em 1754, desaparece das fontes médico-botânicas no século XIX¹⁰⁶⁵. Junto ao ópio, a digital, a beladona, a datura estramonium e o haxixe aparecem mencionados nos informes sobre os tratamentos empregados nos espaços asilares durante o século XIX. Mas na virada do século, sua inclusão desaparece dos protocolos terapêuticos, começando-se a usar a morfina e os primeiros barbitúricos. No Brasil, vai ser apenas em 1818 que o engenheiro agrônomo Francisco de Assis Iglésias, fará ensaios laboratoriais segundo o modelo experimental, cujo alvo era comprovar os efeitos tóxicos da maconha. Para o caso do Chile, a cannabis não vai despertar grande interesse da corporação terapêutica.

O uso do cannabis no Chile é reportado no Inventário da Botica dos Jesuítas, feito em 1767, por ocasião da expulsão da ordem do país. Comenta-se, no informe, que as sementes da planta eram usadas na preparação de emulsões dulcificantes, como diurético, como infusão na gonorreia e como emulsão nas dores das cistites¹⁰⁶⁶. Em Santiago, em um informe feito pelo alienista Ramón Elguero de 1863, mencionava-se o haxixe entre os medicamentos mais usados na Casa de Orates no tratamento moral, junto ao ópio, beladona, daturas, digital e hyosciamo¹⁰⁶⁷. Na tese de Manuel Segundo

1063 BORGES, Eugênio Augusto de Oliveira. *Cocaína e seus usos*. Tese FMRJ, Typ. Montenegro, Rio de Janeiro, 1888. P. 26.

1064 ADIALA, Op. Cit. P. 55.

1065 CARNEIRO, 1994. Op. cit. P. 140 e 144.

1066 LAVAL, Enrique. *Botica de los Jesuitas de Santiago*. Asociación Chilena de Asistencia Social, Santiago, 1953. P. 83.

1067 CAMUS, Op. cit. P. 35.

Beca, dedicada às doenças mentais (1885), o médico comenta que na Casa de Orates o cânhamo indiano figura entre os medicamentos mais usados junto ao brometo de potássio (sedante), hidrato de cloral, ópio, beladona, éter e fava de calabar (*Physostigma venenosum*)¹⁰⁶⁸. Nas atas do hospício de Santiago, aparece em 1889 um relatório que afirma que entre as mercadorias compradas na Europa, figuram a cafeína, a cocaína, o cloridrato de cocaína, o tanato cannábica, o ópio em pasta e pulverizado, a beladona, grânulos de atropina e o xarope de cloral¹⁰⁶⁹.

Na RMCh, recomenda-se em 1880 o uso de cannabis para o tratamento do tétanos traumáticos por meio de cachimbos e cigarros¹⁰⁷⁰. Um ano depois, aparece mencionado seu uso nas afecções uterinas¹⁰⁷¹, e, em 1884, como xarope para os nervos¹⁰⁷². Um comunicado de 1885 apresenta o uso da cannabis pelo doutor Cienfuegos “como anestésico local con resultados mui satisfactorios en operaciones ejecutadas en su práctica civil”¹⁰⁷³.

Em 1886, aparece mencionado seu uso como hipnótico na Revista Estrangeira da RMCh, citando-se uma comunicação do médico Lewis Jones (Inglaterra). O médico também adverte sobre a manifestação de alucinações em alguns pacientes. Diz-se que Jones:

“ha usado últimamente con feliz éxito, el cáñamo indiano para producir el sueño, principalmente cuando esta falta de reposo corporal se acompaña de delirium. Juzga importante propinarlo en dosis suficientemente grandes. Dos a tres gramos de extracto pueden injerirse, bajo la forma de píldoras, cada cuatro o seis horas; frecuentemente la primera dosis basta. Lo prescribe como un tratamiento rutinario en todos los casos de delirium tremens... En un caso de fiebre tifoidea con pertinaz insomnio, en una jóven exitable, se manifestaban alucinaciones. El medicamento la hizo ver visiones de hermosos jardines i otros análogos”¹⁰⁷⁴.

A experiência de Lewis detalha o uso de dois gramas de extrato de haxixe que tornaram “completa i temporalmente loca a una mujer”. Uma dose maior, de 4 gramas,

1068 BECA, Manuel Segundo. *Algo sobre las enfermedades mentales en Chile*. Tese FMUCh, Santiago, 1885.

1069 *Actas Junta Directiva da Casa de Orates*, Santiago, Janeiro de 1889. P. 338,339.

1070 Comunicação de Ernesto Cuevas. *Revista Médica de Chile*. Tomo IX. 1880-1881. P. 90.

1071 *Ibid.* P. 222.

1072 *Revista Médica de Chile*. Tomo XII. 1883-1884. P. 202.

1073 *Revista Médica de Chile*. Tomo XIII. 1884-1885. P. 312.

1074 *Revista Médica de Chile*. Tomo XV. 1886-1887. P. 39.

produz apenas um suave efeito narcótico, sendo “las únicas sensaciones anormales notadas han consistido en torpor de las estremidades i en lijera confusion mental”¹⁰⁷⁵.

O higienista Federico Puga Borne, em *Elementos de Higiene* (1891), integra o haxixe aos alimentos nervinos, atribuindo à substância alucinações, mas sem convulsões, e afirmando que seu abuso pode causar demência:

“El hachisch produce una borrachera caracterizada por un éxtasis especial, durante el cual aparecen halucinaciones de toda especie, físicas o morales pero sin fenómenos convulsivos (...) El objeto del haschisch es, según dice, producir una alegría loca con esplosiones de risa, escenas burlescas, visiones fantásticas que se suceden con inaudita rapidez i que se conservan hasta despues en el recuerdo (...) Su abuso puede enjendrar demencia”¹⁰⁷⁶.

Na virada do século XIX para o XX, na Casa de Orates, os castigos físicos, a eletroanestesia e as substâncias que agem sobre a consciência se misturam nas terapias empregadas. O brometo e a escopolamina eram usadas como sedantes, o hidrato de cloral e o fenobarbital como anticonvulsivos e hipnóticos, e o ópio e a morfina como antimaníacos¹⁰⁷⁷.

No Rio de Janeiro, em 1881, comenta-se o uso da tintura de cannabis índica através de injeções. Tratava-se de uma solução preparada com a erva e com água destilada para um caso de tísica laríngea. O efeito foi um sono mais calmo e diminuição da tosse depois de não ter efeito com a morfina¹⁰⁷⁸. Respeito de outros medicamentos utilizados no Hospício Pedro II, uma crônica de um visitante francês, feita em 1874, comenta que são utilizados o brometo de potássio, o iodeto de potássio, o cloral e o cloridrato de morfina em injeções hipodérmicas. Também aborda experimentos com novas substâncias como um pó vegetal, a espelina, utilizada como substituto para o brometo de potássio no tratamento da epilepsia, sem resultados satisfatórios¹⁰⁷⁹. Teixeira adiciona o uso de revulsivos e purgativos como preparados de beladona, compostos ciânicos e antiespasmódicos, como o digital e os eméticos. A lipemania no hospício do Rio de Janeiro era tratada por meio de tônicos, preparados opiáceos, banhos sulfurosos e

1075Ibid. P. 39.

1076 PUGA, Op. cit. P. 564.

1077ESCOBAR, 2009, Op. cit. P. 123.

1078 MENEZES, Op. cit. P. 120.

1079 REY, Philippe-Marius. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. 15, N.2, 2013. P. 402.

duchas. A loucura epiléptica era tratada com preparados de brometo, a histeria com antiespasmódicos e a paralisia geral com opiáceos. Os pacientes excitados eram calmados com banhos mornos, camisolas de força ou banhos de emborcação. No centro do hospício, foram construídas quatorze casas-forte para os doentes mais agitados¹⁰⁸⁰.

Na década de 1910, no Brasil, a terapêutica para o nervosismo envolvia intervenções tanto físicas quanto morais. A nutrição das células era propiciada pela ingestão de fósforo ou arsênico. Para evitar a irritação nervosa, recomendavam-se sedativos vegetais, como extratos de valeriana, meimendo, cânfora, *Cannabis indica* e *Datura stramonium*¹⁰⁸¹.

Por fora dos muros do hospício, a maconha era usada na forma de “pito do pango” no Rio de Janeiro e, sobretudo, no nordeste de Brasil. O naturalista suíço Johann Jakob von Tschudi relata que o doutor Theodor Peckolt, botânico alemão instalado na cidade, falou que o cânhamo da Índia vegetava em vários pontos, que era vendida livremente nas feiras sob o nome de pango e que os negros costumavam fumá-la misturada ao tabaco¹⁰⁸². França comenta que, até 1929, apareceram artigos nas revistas anunciando os cigarros índios contra a asma, insônia e catarro¹⁰⁸³.

Mas já na primeira metade do século XIX, o costume do uso de cannabis nas ruas gerou receios das autoridades cariocas. Em outubro de 1830, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro emite uma ordem que penaliza a venda e o uso do “pito do pango”, com uma multa para o vendedor e para os usuários (escravos e outras pessoas que o utilizarem), além de “três dias de cadeia”¹⁰⁸⁴.

A advertência a respeito da maconha de parte da corporação terapêutica será articulada pelo médico baiano José Rodrigues Dória, em 1915, que apresenta um artigo intitulado *Os fumadores de maconha* no Congresso Científico Pan-americano, em 1915¹⁰⁸⁵. Dória descreve o uso da maconha como um vício próprio das camadas populares do nordeste brasileiro, introduzido pelos escravos negros trazidos para o Brasil. O médico comenta que:

1080 TEIXEIRA, 1997. Op. cit. P. 62.

1081 ROXO (1916), P.104. Ver DUARTE, 2010, Op. cit. P. 318.

1082 FRANÇA, Jean Marcel Carvalho. *História da maconha no Brasil*. Três Estelas editora, São Paulo, 2015. P. 34.

1083 Ibid. P. 38.

1084 SAAD, Op. cit..

1085 José Rodrigues da Costa Dória (1857-1938) foi professor das Faculdades de Medicina e Direito da Bahia, Conselheiro Municipal em Salvador, Presidente de Sergipe, Sócio dos Institutos Histórico e Geográfico da Bahia e Sergipe e deputado estadual e federal por Sergipe, entre outros. Ver SAAD, Op. cit.

“dentre os males que acompanharam a raça subjugada, como um castigo pela usurpação do que mais precioso tem o homem – a sua liberdade, nos ficou o vício pernicioso e degenerativo de fumar as sumidades floridas da planta aqui denominada fumo d’Angola, maconha e diamba, e ainda, por corrupção, liamba, ou riamba. (...) Consequentemente, o fato de ser o vegetal largamente usado pelos pretos africanos, nas antigas províncias, hoje Estados, onde eles abundavam, a paridade dos nomes que aqui sofreu ligeira modificação, mudança de apenas uma letra – maconha, liamba ou riamba, e o apelido de fumo d’Angola, indicam bem a sua importação africana”¹⁰⁸⁶.

Embora o médico baiano relate os usos medicinais da planta em perturbações gastrointestinais, neuralgias, cólicas uterinas, ele está interessado em salientar o efeito narcótico, descrevendo a embriaguez produzida pela maconha. Aponta que o problema do seu uso é a disseminação entre uma população “ignorante, rústica, selvagem, o que produziria estragos individuais e daria lugar a consequências criminosas, principalmente entre os indivíduos ‘predispostos’”¹⁰⁸⁷. Também se preocupa em denunciar o uso da planta em rituais de candomblé, espaços nos quais cumpriria a função de “produzir alucinações e excitar os movimentos nas danças selvagens dessas reuniões barulhentas”¹⁰⁸⁸.

A articulação de Dória está inserida no estilo de pensamento médico da época, que tenta explicar sob a categoria da loucura o uso de uma planta até o momento restringida a usos rituais ou recreativos, articulando um relato no qual seu consumo deprime as funções do sistema nervoso, dissolvendo a personalidade moral e incapacitando os sujeitos para o trabalho. A construção da figura do maconheiro feita por Dória também inclui traços de agressividade e até de crime¹⁰⁸⁹.

Em 1918, o agrônomo Francisco Assis Iglésias, diretor do Serviço Florestal, apresenta no VIII Congresso Brasileiro de Medicina um artigo no qual descreve reuniões de consumo de maconha que presenciou quando visitou o Maranhão e o Piauí,

1086 DÓRIA, Rodrigues. *Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício*. Memória apresentada no Congresso Científico Panamericano, Washington, 1915. *A maconha - Coletânea de trabalhos brasileiros*. Rio de Janeiro, Ministério da Educação e Saúde, 1951, P. 1.

1087 Ibid. P. 1.

1088 Ibid. P. 5.

1089 Ibid. P. 7.

especificamente o rio São Francisco, e um ensaio laboratorial feito com a fumaça da planta com o intuito de descrever seu uso como agente causador de insanidade mental e criminalidade.

Iglésias afirma que a diamba é um vício de origem africana e que tem seus adeptos principalmente nos sertões, “determinando a loucura daqueles que têm o hábito de o fumar”¹⁰⁹⁰. Especial preocupação está em descrever “clubes de diambistas”, dizendo que os fumantes se reúnem nas casas dos mais velhos, que exercem influência sobre os outros participantes. No artigo, também reproduz um cântico feito no encontro. Dessa forma, Iglésias está deslocando uma prática cultural e social para o território da intoxicação individual. Depois de apresentar cânticos, o uso de instrumentos musicais e as formas de uso coletivo da diamba, preocupa-se em descrever os efeitos individuais dos participantes, centrando-se fundamentalmente nos sinais visuais, como os olhos vermelhos, músculos da face que se contraem, e relatos que vão de leve alegria, passa pelo delírio e culmina em estados de loucura furiosa, quando não em um estado de coma. Iglésias comenta que os rostos têm:

“expressão de alegria ou dor; a embriaguez não tarda e com ela o cortejo dos seus vassalos; o delírio aparece agradável, dando bem-estar, trazendo à mente coisas agradáveis, vai aumentando, até à loucura furiosa que toma diversas modalidades, segundo o temperamento de cada indivíduo”¹⁰⁹¹.

O olhar médico desenvolvido nas décadas precedentes para descrever os estados de consciência alterada aparece no discurso de Iglésias, que se vale da descrição feita sobre o ‘delírio da maconha’ por um médico de São Luis do Maranhão para afirmar que a diamba também é capaz de produzir este estado:

“É interessante que cada embriagado tenha alucinações sensitivas ou sensoriais especiais, que lhe condizem com a mentalidade própria; se é um músico, predominam as alucinações auditivas; se é um pintor são as alucinações visuais; se é um poeta, é a visão fantástica de tôdas as quimeras que lhe povoam a alma de artista; há casos de fenômenos delirantes de violência extrema, com impulsões criminosas, e de delírios persecutórios, com ideias melancólicas, conduzindo ao suicídio. Terminada a face do delírio, lembra-se o paciente de tudo quanto

1090 IGLÉSIAS, Francisco de Assis (1918). *Sobre o vício da diamba*. Memória apresentada no VIII Congresso Brasileiro de Medicina, São Paulo, 1918. P. 10.

1091 Ibid. P. 14.

durante ela se passou, e a embriaguez é, às vezes, seguida de um sono calmo, abundante em sonhos deliciosos”¹⁰⁹².

Depois de reduzir o uso da diamba ao indivíduo, Iglésias cita experimentos feitos por ele, seguindo o modelo aplicado em animais pelo paradigma fisiológico para comprovar os danos da planta. Para isso, constrói um aparelho que consiste em um tubo de vidro volumoso com um cachimbo cheio de diamba no seu interior e cuja combustão é entretida por uma brasa. O aparelho tenta reproduzir os cachimbos observados por ele que são utilizados para o consumo de maconha, considerando a passagem da fumaça da cannabis por água da fumaça entre a combustão e a ingestão. Dessa forma, o tubo comunica em uma de suas extremidades com o ar e pela outra com um recipiente contendo água. Depois, do frasco sai um condutor que leva a uma campânula afunilada, onde está o animal da experiência. O artigo é acompanhado pelos desenhos tanto do cachimbo como do aparelho utilizado no experimento.

Iglésias aborda a realização de seis experimentos com diferentes animais, nos quais se preocupa em pesá-los antes de iniciar o ensaio. Dessa forma, dois pombos, duas cobaias, um cachorro e vários coelhos são listados no experimento. Os primeiros são colocados sob a campânula e os coelhos são injetados com o líquido da lavagem em doses de 1 a 5 cc. Segundo se desprende do relatório, os ensaios foram realizados em diferentes momentos e locais, convocando cientistas para validação destes. O último foi feito com a colaboração do médico Vital Brasil. Pode-se inferir que Iglésias, embora não seja formado em ciências médicas, produz um modelo experimental para os efeitos da maconha. Seu experimento é reproduzido em vários artigos de médicos e psiquiatras. Os resultados mostram fenômenos de excitação nos animais, traduzidos por agitação da cabeça e batimentos de asas nos pombos. No caso das cobaias, ele observou excitação, sonolência e paralisia. Quanto ao cachorro, fê-lo inalar a fumaça de 4 g da planta durante 10 minutos, provocando prostração em decúbito lateral durante alguns minutos e depois marcha com dificuldade. No caso dos coelhos, injetados com líquido da lavagem, Iglésias reconhece que “não provocou nenhuma manifestação de envenenamento”¹⁰⁹³.

1092 Ibid. P. 16.

1093 Ibid. P. 21.

As conclusões de Iglésias ressaltam que o ‘uso nefasto da diamba’ foi introduzido pelos africanos no Brasil e que, no nordeste, a diamba era procurada por “indivíduos viciados, que procuram neste vício um estado de embriaguez especial”; ao mesmo tempo, determina que o vício é extremamente nocivo, gerando graves perturbações de saúde, “que se traduzem ordinariamente por alucinações, podendo terminar por alterações mentais que levam às vezes ao crime ou ao suicídio”. Conclui, a partir dos experimentos em laboratório por ele feitos, que “sua ação tóxica verifica-se por experiência em animais de laboratório, quando a êste é administrada de modo idêntico àquele pelo qual o homem viciado o pratica”. Finalmente, recomenda “medidas enérgicas de profilaxia”, que devem ser adotadas pelos poderes competentes “a fim de evitar as graves conseqüências da extensão dêsse perigoso vício”¹⁰⁹⁴.

Iglésias também aborda ensaios em humanos feitos anteriormente a seu experimento. O agrônomo reporta a observação do médico Jesuíno Maciel do efeito da diamba em um empregado e em um estudante de medicina após fumarem maconha. Descreve que “o primeiro sentiu certa tontura, mas o segundo caiu em narcose, experimentando sonhos eróticos durante o sono profundo”. A observação foi comunicada pelo próprio Maciel à Sociedade de Medicina e de Cirurgia de São Paulo, em janeiro de 1915.

Iglésias convocou a participação de médicos e outros cientistas nos ensaios com maconha, gerando uma pequena rede experimental para a qual os cientistas se emprestam insumos para a realização dos testes. Assim acontece no Rio de Janeiro, onde o interesse pelos ensaios do agrônomo é manifestado pelo psiquiatra Juliano Moreira; o médico Helion Póvoa, chefe da Seção de Sorologia da Fundação Gaffrée e Guinle¹⁰⁹⁵; e de Mário Fróes, chefe da Seção de Química da mesma Fundação¹⁰⁹⁶. Na capital brasileira, segundo comenta Barbosa, Hélio Póvoa, forneceu os coelhos e fez o extrato da diamba para as inoculações em animais, atentando para a correspondência entre 1 cc. do extrato e 1 g da planta, e, assim, precisou as dosagens realizadas nos experimentos¹⁰⁹⁷.

1094 Ibid.

1095 A Fundação Gaffrée e Guinle mantinha na cidade do Rio de Janeiro um hospital fundado em 1929 pelos filantropos Cândido Gaffrée e Guilherme Guinle.

1096 BARBOSA, Oscar (1928). O vício da diamba. Em *A maconha - Coletânea de trabalhos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1951. P. 44.

1097 Ibid.

A compreensão do uso da maconha como uma prática de origem africana e espalhada nas camadas populares do nordeste, instalada pelo médico Rodrigues Dória e pelo agrônomo Francisco Iglésias, vigorou nas próximas décadas no Brasil. Assim, é reproduzido em artigos publicados em revistas científicas dedicadas às toxicomanias, em todos os quais se faz referência aos ensaios feitos por Iglésias (Barbosa, 1928; Pernambuco & Botelho, 1924; Pernambuco, 1931).

QUADRO 9
EXPERIMENTOS LABORATORIAIS ACHADOS NA PESQUISA

DATA	PAÍS	EXPERIMENTADOR	SUBSTÂNCIA	ENSAIO
1858	Brasil	João de Gouvêa	Nicotina	Experimentos fisiológicos com animais
1876	Chile	William Benham	Nicotina	Experimentos fisiológicos com animais e autoensaio
1882	Brasil	Eduardo Guimarães	Café	Experimentos fisiológicos com animais
1885-1887	Brasil	Hilário de Gouvêa	Cocaína	Experimentos fisiológicos com animais e autoensaio
1885	Chile	Gabriel Covarrubias	Cocaína	Experimentos fisiológicos com animais e autoensaio
1890	Brasil	Prudencio Masson	Nicotina	Experimentos fisiológicos com animais
1909	Argentina * publicado no Brasil	José T. Borda	Álcool	Anatomia patológica
1918	Brasil	Francisco Iglésias	Cannabis	Experimentos fisiológicos com animais e autoensaio
1924	Brasil	Zoroastro Silva	Heroína	Experimentos fisiológicos com animais
1925	Brasil	Adauto Botelho	Álcool	Ensaio com pacientes
1933	Chile	Alejandro Gutiérrez	Álcool	Seroterapia

4.6. A emergência do toxicômano

Em 1899, o médico francês Paul Sollier (1861-1933) apresenta no Congresso Francês de Medicina o trabalho intitulado *Les Toxicomanes*, no qual reagrupa as diferentes formas de ebriedades não alcoólatras, como a morfinomania (Levinstein, 1874), o cocainismo (Erlenmeyer, 1885) e o eterismo, sob a categoria de toxicomania¹⁰⁹⁸. O que até aquele momento era conceituado como diferentes formas de loucuras tóxicas provocadas por agentes externos, agora poderiam configurar uma categoria diagnóstica no campo das doenças mentais. A seguir, acompanharemos como a noção de psicose tóxica estabilizada nos ensaios laboratoriais analisados recentemente aparece na emergência da categoria diagnóstica da toxicomania no Brasil e no Chile.

Tomando como modelo a figura do alcoolismo, já estabilizada como doença mental no século anterior, a toxicomania compartilhará com aquela categoria diagnóstica uma etiologia, formas de se manifestar, sintomas e a evolução como enfermidade¹⁰⁹⁹. O morfinismo resenhado por Levinstein será o primeiro enquadramento no estilo de pensamento patologizante a respeito dos usuários problemáticos da substância. No Brasil, em 1890, Jerônimo Rodrigues de Moraes já enquadrava os efeitos da morfina e da cocaína como psicoses de origem tóxica¹¹⁰⁰; e, em 1907, aparece a primeira tese dedicada especificamente ao uso de drogas, intitulada *Morphinomania* e feita por A. Rodrigues Pinheiro¹¹⁰¹. Em 1888, Eugênio Augusto de Oliveira Borges fez referência ao cocainismo¹¹⁰². No Chile, tal como já assinalamos, em 1888 aparece a primeira comunicação na RMCh a respeito de evitar a ‘morfinomania’; e, em 1891, Federico Puga Borne em *Elementos de Higiene* menciona a cocainomania e morfinomania.

Adiala comenta que, até a década de 1920, no Brasil, a noção de toxicomania não era utilizada nos estudos dedicados às drogas: “Ao tratar da morfinomania, da cocainomania, da eteromania e outras formas de intoxicação, reconhecia-se a

1098 SOLLIER, P. *Les Toxicomanes*. Congrès Français de Médecine. Lille, 1899. Paris. Soc. D'Éditions Scientifiques. p. 576-582. Discípulo de Charcot, já antes tinha publicado, entre outras cousas, *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme* (1889).

1099 ADIALA, Op. cit.

1100 MORAES, Jerônimo Rodrigues de. *Psicoses de origem tóxica*. Tese FMRJ. Rio de Janeiro, 1890.

1101 PINHEIRO Rodrigues, A. *Morphinomania*. Tese FMRJ, Rio de Janeiro, 1907.

1102 BORGES, Op. cit.

particularidade da substância tóxica utilizada, diferenciando-a das demais”¹¹⁰³. No Chile acontece o mesmo, aparecendo na década de 1920 os primeiros discursos em específico que constroem a figura de um sujeito toxicômano¹¹⁰⁴.

A configuração da toxicomania como doença mental, no Chile e no Brasil, foi contemporânea à circulação do paradigma kraepeliano no campo psiquiátrico. Dessa forma, o que antes eram entendidas como ‘loucuras tóxicas’, produzidas pela ação de um agente externo que, introduzido no corpo, produzia modificações no estado mental e na fisiologia, agora seria definida como causa etiológica uma predisposição do sujeito a se intoxicar. Dito de outra forma, o que antes era entendido como um agente provocador externo ou psicose aguda, experimentada depois do contato com as substâncias, será conceituado aqui em diante como uma predisposição mórbida de um tipo de sujeito voltado ao consumo de veículos de ebriedade. Dessa forma, a condição aguarda em forma latente o momento para surgir como patologia, momento que acontece quando se tem contato com os tóxicos, disparando a doença mental da toxicomania.

O anterior também implica que no processo de construção da categoria diagnóstica da toxicomania no Brasil e no Chile, assistimos a um procedimento de individualização das diferentes formas de ebriedade e interiorização no corpo dos usuários de seu caráter patológico. Assim, os usuários de veículos de ebriedade são colocados no cerne da doença. Os ‘agentes tóxicos’ anteriores, que elucidavam as mudanças dos estados de consciência provocados pelo uso de drogas, perderam força explicativa para passar a serem considerados como uma causa etiológica, uma ‘predisposição’ inserida no corpo dos usuários¹¹⁰⁵.

Um exemplo da configuração anterior é expresso em uma tese dedicada às doenças mentais feita no Chile (1905), na qual se incluem entre as alienações por intoxicação o alcoolismo, o morfínismo, o saturnismo e a pelagra¹¹⁰⁶. Uma classificação das doenças mentais feita em 1911 no Chile pelo professor de Medicina Legal, Tomás Ramírez, separa as patologias da mente entre congênicas e adquiridas. No primeiro grupo aparecem o idiotismo, a imbecilidade-matodismo e a debilidade do espírito. No segundo grupo, integra o delírio geral, o delírio parcial, as neuroses, a demência e as

1103 ADIALA, Op. Cit. P. 149.

1104 BECERRA, Op. cit. P. 254.

¹¹⁰⁵ Ibid. P. 227.

1106 ROJAS Salinas, Alejandro. *Las enajenaciones mentales*, 1905. P. 18.

loucuras tóxicas¹¹⁰⁷. Nesse último agrupamento, encontramos o alcoolismo, o cocainismo, a morfinomania, a opiomania, o eterismo e a pelagra.

Na alvorada do século XX, a inteligibilidade sobre o uso de drogas abandona as substâncias para ancorar uma doença nos sujeitos. Trata-se da encarnação de uma categoria diagnóstica definida pelo uso problemático de uma substância. No Brasil, na tese sobre a morfinomania feita por Pinheiro (1907) aparece a noção de ‘indivíduo predisposto’, explicando a disseminação do uso de drogas como um produto da contaminação do vício que afeta este tipo de indivíduos¹¹⁰⁸. Uma tese de 1927, dedicada à opiomania e à cocainomania, acusa como causa predisponente ao vício uma herança mórbida, demonstrável por meio de uma anamnese¹¹⁰⁹. No Chile, uma tese de química e farmácia de 1933, dizia a respeito dos alcoólatras, morfinômanos e cocainômanos tratados no Manicômio de Santiago que “unian a su estado agudo, el fondo constitucional anormal que permitió el arraigo de su vicio”¹¹¹⁰. Trata-se, ao juízo do autor, de “verdaderos maniacos de la morfina, psicópatas que no desean curar y que si son desintoxicados, reinciden”. Os toxicômanos, para Carvajal, são “un episodio revelador de una grave alteración mental y que pertenecen al gran grupo de los neuróticos”¹¹¹¹.

No Brasil, a circulação do paradigma kraepeliano foi anterior à do Chile. Na mesma época das classificações chilenas que acabamos de revisar, no Rio de Janeiro aparecia um artigo feito pelos psiquiatras Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, no qual apresentavam a classificação de doenças mentais de Kraepelin. As intoxicações agudas são colocadas em um grupo unitário. Essas são caracterizadas pela aparição de estados delirantes, falsas percepções e perturbações sensoriais. Os agentes causadores são o clorofórmio, o haxixe, a santonina, o ópio, o óxido de carbono, a atropina, como também as autointoxicações produzidas pelo tétano, a moléstia de Basedow e a uremia¹¹¹². Quanto ao grupo das intoxicações crônicas, Moreira e Peixoto comentam que podem ser produzidas por vários ‘venenos’, citam Kraepelin, que as reduz a

1107 MONTERO Op. cit. P. 8

1108 PINHEIRO Op. cit. P. 9.

1109 CARNEIRO, Suikire Antunes. *Opiomania e cocainomania*. Tese Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1927. P. 27.

1110 CARVAJAL, René. *Tratamiento del hábito morfínico*. Tesis para título de Químico Farmacéutico de la Universidad de Chile Santiago, 1933. Introdução.

1111 Ibid. P. I e III.

1112 MOREIRA, Juliano & PEIXOTO, Afrânio. Classificação de moléstias mentais do Dr. Emil Kraepelin. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Anno I, Nº 2, 1905, P. 213.

ingestões voluntárias dadas no alcoolismo, o morfismo e o cocainismo¹¹¹³. Observa-se aqui uma inteligibilidade que é construída sobre categorias diagnósticas já exploradas pela medicina, o caso da morfomania (1874) e do cocainismo (1885). No futuro, como o desdobramento desse estilo de pensamento na compreensão de outros veículos de embriedade, integraram-se novas categorias diagnósticas sob o guarda-chuva da toxicomania¹¹¹⁴.

Em 1905, em uma descrição dedicada às psicopatologias, Moreira inclui os toxicômanos em um grupo que define como ‘verdadeiros alienados’ e como ‘anômalos morais’, grupo esse integrado por delinquentes recidivistas, “toxicômanos, mesmos inteligentes, que não se libertam dos tóxicos e por insuficiência de instrução pararam num estado primitivo intelectual”, epilépticos e sífilíticos¹¹¹⁵. O toxicômano integra nessa conceituação a grande família dos psicopatas. No Brasil, a embriedade é medicalizada depois de um processo de ampliação da psiquiatria para condutas sob a etiqueta de ‘personalidades psicopáticas’¹¹¹⁶.

No Chile, o surgimento da categoria do ‘indivíduo perigoso’ nos discursos médico jurídicos acompanha a patologização do uso de veículos embriagantes¹¹¹⁷. Nesse avanço, emerge a figura do toxicômano com objeto de saber. O conceito de ‘personalidade psicopática’ permite à psiquiatria uma ampliação de sua atuação frente a comportamentos que, embora não sejam classificados dentro do paradigma da loucura, tornam-se seu objeto. A partir da década de 1920, o chefe da Sección Drogas da Dirección General de Sanidad e professor de Legislação e Deontologia da Faculdade de Química e Farmácia da Universidad de Chile, Francisco Hernández, inicia a publicação na Revista de Farmácia de uma série de artigos sobre a Toxicomania¹¹¹⁸. Na definição de Hernández, a preocupação central do problema das drogas é o narcômano, que define da seguinte forma:

“Conviene establecer, por lo demás, que el narcómano es siempre psicópata en menor o mayor grado, según la intensidad del vicio y los estragos que éste haya producido en su mentalidad, los cuales llegan frecuentemente hasta la demencia,

1113 Ibid. P. 213.

1114 ADIALA, Op. cit.

1115 MOREIRA, 1905, Op. cit. P. 167.

1116 PORTOCARRERO, Op. cit. P. 63.

1117 BECERRA, Op. cit. P. 227.

1118 HERNÁNDEZ, Francisco. Toxicomanías. Iniciado en el número 11 da revista *Farmacía Chilena*. Nº Ano I, Nº Nº11, novembro de 1927.

de manera que el vicioso es en todo caso un enfermo y no pocas veces un irresponsable”¹¹¹⁹.

Nessa conceituação da toxicomania, aponta-se o ‘contagio’ como uma das principais causas para a aparição das toxicomanias. No Brasil, Carneiro acusava a influência da literatura e do cinema na aparição dos vícios¹¹²⁰. No Chile, o médico Víctor Grossi descreve que:

“Pululan alrededor de las drogas nombres de escritores, gente bien, farmacéuticos, invertidos, contrabandistas, que todos en un sentido u otro se transforman en víctimas o propagandistas al servicio del contagio colectivo. Cuando se piden drogas con la debida discreción pronto se llega al conocimiento de un cosmopolitismo en que actúan chinos, rusos, ingleses, alemanes y nacionales como difundidores de las drogas, pero las víctimas son sobre todo nuestras”¹¹²¹.

Monetta (1929) define que a origem da morfina, embora seja em grande parte produto de terapias médicas, dá-e também por curiosidade, fundamentalmente no “caso de los degenerados, de los desocupados, de los desequilibrados ávidos de sensaciones nuevas, cuyas desdichadas tendencias está también favorecida por el ejemplo”¹¹²². No Brasil, na mesma década, Henrique Roxo comenta que a opiomania se dá majoritariamente “nos degenerados, nas pessoas de predisposição psychopatica, nos debeis de vontade, a paixão pelo tóxico não costa se instalar”¹¹²³.

O contágio é também correlacionado à raça. No caso do Chile, define-se que o uso do ópio é uma prática dos chineses, ancorada na herança, e o uso da folha da coca é uma prática inveterada dos povos andinos. Ambas as categorias raciais eram definidas no enquadramento de raças degeneradas pelo vício. Hernández, por exemplo, comenta que:

“que se allanen fumaderos de opio en los negocios o casas de los hijos del Celeste Imperio, no tiene tanta gravedad, porque todos sabemos que son hijos de una raza que va quedando rezagada en el adelanto y progreso intelectual. En esas regiones, el vicio por

¹¹¹⁹ HERNÁNDEZ, Francisco A. Necesidad de una ley que faculte la internación forzosa de todo narcómano para su tratamiento eficaz en casas de salud apropiadas. Em *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*. Tomo I, 1937. P. 157.

¹¹²⁰ CARNEIRO, 1927. Op. cit. P. 32.

¹¹²¹ *Ibid.*

¹¹²² MONETTA, Laura. Breve estudio sobre el opio y sus derivados. Tesis Química y Farmacia, Universidad de Chile, Santiago, 1929. P. 32.

¹¹²³ ROXO, Op. cit. P. 246.

las drogas heroicas es el soberano que domina las voluntades y entorpece las conciencias. (...) Al chino lo arrastra su raza y el vicio hereditario de sus antepasados. Es víctima de una herencia funesta que ha sido imposible curarles”¹¹²⁴.

O percurso da toxicomania será enquadrado no modelo da degeneração fornecido por Magnan. O trânsito se inicia com a intoxicação dos indivíduos predispostos, que irá gerar uma necessidade irrefreável pela substância, fato caracterizado pela perda da vontade. A descrição seguirá acusando a alienação e a decadência física pelo uso abusivo do tóxico, o que acarreta uma doença mental. A morte é definida como destino final dos toxicômanos se não houver intervenção médica¹¹²⁵. No Chile, uma tese de Química e Farmácia aborda a morfomania, tratando-a como "impulso mórbido e irresistível creado por el uso de la droga y que lanza al individuo a repetir su empleo"¹¹²⁶. Depois de alegar que a morfina é usada entre as pessoas da profissão médica, o caráter do sujeito é importante: “Cuanto menos enérgico y equilibrado es el sujeto ; tanto más se sentirá tentado a ceder a la influencia seductora del veneno. También los morfínomanos se reclutan sobre todo entre los degenerados”¹¹²⁷.

Embora a ancoragem organicista vigore na conceituação das doenças mentais da época, para o caso da toxicomania se observa que a visão da psiquiatria se concentrava mais nas condutas dos sujeitos, não se entregando maiores explicações orgânicas na explicação da categoria diagnóstica no Chile e no Brasil. Apenas Roxo comenta a dificuldade de determinar as lesões orgânicas explicativas, delimitando apenas que as necropsias feitas em morfínomanos verificaram congestão visceral, predominantemente no fígado, baço e pulmões¹¹²⁸. Evidentemente, trata-se de uma observação não atribuível a uma predisposição orgânica.

Tal como salientamos no caso do alcoolismo, a noção de psicose tóxica permitirá a constituição pela psiquiatria da categoria diagnóstica da toxicomania. No Brasil, a primeira menção a uma categoria diagnóstica que relacionasse drogas e loucura é fornecida em uma tese dedicada às psicoses de origem tóxica¹¹²⁹. Também é importante

¹¹²⁴ HERNÁNDEZ, Francisco. Toxicomanías. *Farmacia Chilena*. Nº Ano II, Nº 2, fevereiro de 1928. P. 21.

¹¹²⁵ BECERRA, Op. Cit. P. 336.

¹¹²⁶ MONETTA, Op. cit. P. 6.

¹¹²⁷ *Ibid.* P. 32.

¹¹²⁸ ROXO, Op. cit. P. 277.

¹¹²⁹ MORAES, Op. cit. P. 44.

destacar que as alucinações integram a compreensão do fenômeno das toxicomanias, integrando o quadro do delírio, que é entendido como uma variante da psicose. Essa inteligibilidade permite a intervenção psiquiátrica no uso de substâncias alteradoras dos estados mentais, justificando sua ação tanto na higiene pública quanto no território das subjetividades. A seguir, revisaremos o desdobramento da noção de psicoses para as distintas substâncias que integraram a categoria diagnóstica da toxicomania.

Como já assinalamos, a morfina é a primeira substância que concorre para a categoria das toxicomanias. Na tese de Pinheiro (1907) dedicada à morfinomania, procura-se um sustento orgânico das psicoses tóxicas, lesão somática que centra no bulbo e se aponta que o hábito gerado pela contaminação afeta indivíduos predispostos por uma tendência hereditária. A morfinomania é definida pelo autor como “a necessidade irresistível, a paixão que o indivíduo sente pela morfina”. Pinheiro distingue a morfinomania do morfinismo, que seria o conjunto de acidentes ou fenômenos produzidos pelo abuso prolongado da morfina. A morfinomania e o morfinismo são vistas como duas moléstias perfeitamente distintas¹¹³⁰.

Uma descrição da psicose tóxica no Brasil é dada por Roxo (1925) para o caso do morfinismo:

“Ha uma excitação ideo-afetiva, com um torpôr muscular muito agradável. O individuo encara com mais sympathia pessoas e cousas que o circundam, e sente que as idéas alegres lhe acodem mais rapidamente. No fim de pouco tempo ocorre uma sommolencia mais ou menos accentuada da qual o individuo vem a despertar, mal humorado e abatido. Frequentemente se notam nauseas e vomitos que destróem a felicidade que o inicio da morphina parecia fazer experimentar”¹¹³¹.

Quanto ao caso do Chile, a emergência da toxicomania se estabilizará através de um relato que integre as condutas observadas tanto nas pessoas habituadas a fármacos, como os fatos fornecidos pelos ensaios laboratoriais antes descritos. Podemos dizer que, como no século anterior não teve um desenvolvimento da fisiologia, como aconteceu no Brasil, os alicerces são produzidos na década de 1920, fundamentalmente desde o campo da Química e da Farmácia, que fornecem os fatos para instalar o uso de drogas no universo referencial de doença. O químico Francisco Hernández será um importante

1130 PINHEIRO, Op. cit. P. 88.

1131 ROXO, Op. cit. P. 265.

agente nesse processo, orientando uma série de teses da faculdade que dedicadas às diversas formas de uso de drogas¹¹³². Assim, por exemplo, Gutiérrez, em 1923, concentra-se na dosagem dos ‘venenos alimentícios’¹¹³³. Determina que a morfinomania é produzida quando se absorve o fármaco de 4 a 5 gramas por dia, enquanto o cocainismo se produz a partir da ingestão de uma dose de 0,05 gramas¹¹³⁴.

A tese de Química e Farmácia de Monetta (1929) inicia a descrição da intoxicação morfínica, atentando às manifestações observáveis dos usuários de morfina:

“Una vez pasada la hora de su inyección, el morfinómano se vuelve inquieto, sus facciones se alteran y su respiración se acelera. Más adelante aparece la ansiedad, asociada a la inhibición muy prolongada de las diversas funciones psíquicas. El enfermo abandona el trabajo o una conversación durante su transcurso y se aleja temiendo no poder sobreponerse a la exasperación que es víctima. Al mismo tiempo se nota palidez en la cara, aceleración y pequeñez del pulso, sudores fríos, a veces diarreas y colapso. Todos los síntomas se calman con una inyección de morfina”¹¹³⁵.

Logo, descreve a intoxicação com morfina em dois níveis. O primeiro evidenciado nos sintomas psíquicos produzidos e o segundo na dimensão moral e social. A respeito do primeiro, diz que se trata:

“en la esfera intelectual, por una lentitud de las asociaciones de ideas, por una debilidad de la atención contrastando con una lucidez y una orientación intacta y por una amnesia retrógrada de reproducción, estando los recuerdos inhibidos pero no destruidos”¹¹³⁶.

No plano do comportamento social, Monetta descreve que:

“En la esfera activa los trastornos se manifiestan por la indiferencia y la pérdida del sentido moral. Las aspiraciones del enfermos se reducen a una sola: indelicadezas, estafas, falsedades y violencias, todo le parece permitido. Son muchos los morfinómanos que presentan al farmacéutico recetas falsas,

1132 Entre estas teses identificamos as feitas por Elvira Valenzuela (Titulaciones de Opio, 1922); Susana Gutiérrez (Contribución al estudio de toxicología bajo el concepto físico, 1923); Laura Monetta (Breve estudio sobre el opio y sus derivados, 1929); María Luisa Barría (Cocainomanía, 1929); A. Veloso (Opio y morfina, 1932); René Carvajal (Tratamiento del hábito morfínico, 1933).

1133 GUTIÉRREZ, Susana. *Contribución al estudio de toxicología bajo el concepto físico*, 1923. Tese Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile. Santiago, 1923. P. 10.

1134 Ibid. P. 14.

1135 MONETTA, Op. cit. P. 33.

1136 Ibid. P. 32.

muchos los que simulan al médico dolores ficticios y muchos los que disipan sus últimos recursos en comprar morfina”¹¹³⁷.

Na conceituação do cocainismo, tanto no Chile como no Brasil, reproduz-se a descrição feita por Kraepelin (1891), que considera a mastigação da folha da coca em um mesmo nível que o uso de cocaína, visão fundamentada na presença do alcaloide na planta. Dessa forma, enxerga-se o cocainismo crônico também nas práticas milenares do uso da folha da coca pelos indígenas dos povos andinos¹¹³⁸. No Brasil, Borges (1888) dizia que a mastigação da folha da coca no Peru deu origem “ao vício terrível do cocainismo”¹¹³⁹. Em 1925, Roxo comenta que “antigamente o abuso de cocaína se dava pela mastigação das folhas de coca, pratica que ainda se servem algumas tribos indígenas”¹¹⁴⁰. Dessa forma, os compostos ativos obtidos das plantas pelas operações de síntese química são enxergados como o produto concentrado de todas as propriedades das mesmas plantas.

No Brasil, a descrição do delírio cocaínico feita por Roxo considera a noção das alucinações, as quais aparecem quando o indivíduo se excede no uso da cocaína, desenvolvendo um quadro “cheio de allucinações da vista, do ouvido, da sensibilidade tátil e do olfato”¹¹⁴¹. Ao enquadramento se somam alucinações da vista, como formigas, pulgas ou piolhos passando pelo corpo e perfurando a pele. Os sujeitos também experimentam alucinações auditivas, escutando insultos e ameaças. Também distingue uma ‘alucinação especial’, que consiste em que os sujeitos se acham em frente a uma pessoa inteiramente igual a ele, outras vezes as pessoas que acreditam ver crescerem em demasia, ficam gigantes e se põem a dançar¹¹⁴².

No Chile, uma tese de 1929 de Química e Farmácia diferencia a intoxicação por morfina da produzida pelo uso da cocaína, cujo delírio seria caracterizado por uma “excitación cerebral, con locuacidad, risas, llantos, cóleras, inestabilidad motriz, fases de agitación violenta, confusión de ideas, desorientación (...) palabra fácil e irritabilidad vehemente”¹¹⁴³. Como salientava Berrios para o caso das alucinações, a partir da

1137 Ibid. P. 33.

1138 Uma crítica mais aprofundada sobre isto ver CÁCERES, Baldomero. Historia, prejuicios y versión psiquiátrica del coqueo andino. *Perú Indígena* 28, Instituto Indigenista Peruano, Lima 1990.

1139 BORGES, Op. cit. P. 3.

1140 ROXO, Op. cit. P. 274.

1141 Ibid. P. 277.

1142 Ibid.

1143 BARRÍA, María Luisa. *Cocainomanía*. Memoria para optar al título de Químico Farmacéutico, Universidad de Chile. Imprenta Lagunas & Quevedo, Santiago. 1929. P. 11.

segunda metade do século XIX, os conteúdos serão de particular interesse nas descrições feitas. Barría comenta a respeito das alucinações cocaínicas que:

“La alucinación cocaínica es, con notable frecuencia, precedida o acompañada de ilusiones. Los objetos, sobre todo al declinar el día, debido al crepúsculo, se sombream, se deforman y toman contornos de personas o animales fantásticos. Los pliegues de las cortinas, los dibujos de los tapices llegan a ser bestias gesticulantes que miran al enfermo con expresión irónica y maligna. En las calles, los transeúntes ofrecen un aspecto singular; demasiado pequeños o demasiado grandes, muy delgados o muy gruesos. A veces la alucinación prima sobre la ilusión: por ejemplo, el personaje de un cuadro se anima, desciende de su marco y avanza hasta el enfermo estupefacto... El enfermo siente correr los insectos e introducirse en su piel. Él los coge, los ahoga en un vaso de agua o los encierra cuidadosamente en una caja como piezas de colección. O todavía, con una aguja los persigue ente cuero y carne, estrujando, triturando y ensangrentando el contorno con sus uñas, las palmas de sus manos, sus puños, sus piernas, su rostro, y su lengua”¹¹⁴⁴.

A descrição também abrange os comportamentos dos sujeitos, observados fundamentalmente nos momentos de abstinência e descritos na fisionomia dos usuários. Barría diz que o caráter do cocainômano volta “difícil su propia vida, pues se vuelve celosos, irritable, impulsivo y agresivo; monta en cólera y furor a la menor contrariedad, forma alborotos, ruido y escándalo y se entrega a querellas y ruñas”¹¹⁴⁵. A respeito da fisionomia do consumidor crônico, comenta que se observa um “rostro enflaquecido, pálido, arrugado y envejecido. Tiene una crispación en la comisura de los labios, la nariz aplastada, las fosas nasales se dilatan con intermitencias, las pupilas se agrandan, los gestos se le producen trepidantes y camina a tientas”¹¹⁴⁶.

Para o caso da maconha, no Brasil, o experimento de Iglésias (1918) será a principal sustentação para o enquadramento da planta junto às outras substâncias provocadoras de toxicomania. Nesse sentido, poderíamos compreender a empreitada de Dória e Iglésias como um intento de configurar o uso da planta como doença mental. Dória incita o interesse pelo enquadramento no estilo de pensamento patologizador do uso de maconha como veículo de ebriedade, prática das camadas negras e populares da

1144 Ibid. P. 19 e 20.

1145 Ibid. 1929. P. 19.

1146 Ibid. P. 18.

Bahia; e Iglésias fornece evidências a esse enquadramento a partir de um modelo experimental para comprovar os efeitos nocivos da cannabis. Quando os psiquiatras retomam esses trabalhos, construídos fora do campo psiquiátrico (Iglésias era engenheiro agrônomo), preocuparam-se em enfatizar os aspectos físico-orgânicos da toxicomania seguindo os padrões usados pela medicina organicista: convertendo o agente tóxico da inteligibilidade anterior em causador etiológico e configurando um prognóstico da doença, com estágios definidos. Os ensaios fisiológicos que revisamos nas décadas anteriores, fundamentalmente no caso de Brasil, fornecem fatos para esta configuração, ao determinarem doses precisas e diferentes estágios das intoxicações. O próprio Iglésias fornece uma descrição dos usuários de maconha, afirmando que:

“o delírio aparece agradável, dando bom-estar, trazendo à mente coisas agradáveis, vai aumentando, até à loucura furiosa que, toma diversas modalidades, segundo o temperamento de cada indivíduo. Uns ficam em estado de coma, em completa prostração; os outros dão para cantar, correr, gritar; outros ficam furiosos, querem agredir, tornam-se perigosos”¹¹⁴⁷.

As infinitas possibilidades na descrição do conteúdo das alucinações fornecem a Iglésias uma conexão entre o delírio cannábico com a loucura e impulsos criminosos. O cientista comenta que:

“É interessante que cada embriagado tenha alucinações sensitivas ou sensoriais especiais, que lhe condizem com a mentalidade própria; se é um músico, predominam as alucinações auditivas; se é um pintor são as alucinações visuais; se é um poeta, é a visão fantástica de tôdas as quimeras que lhe povoam a alma de artista; há casos de fenômenos delirantes de violência extrema, com impulsões criminosas, e de delírios persecutórios, com ideias melancólicas, conduzindo ao suicídio. Terminada a face do delírio, lembra-se o paciente de tudo quanto durante ela se passou, e a embriaguez é, às vezes, seguida de um sonho calmo, abundante em sonhos deliciosos”¹¹⁴⁸.

Igual ao que acontece com outras substâncias, dar-se-á especial atenção a descrever seus efeitos e construir um quadro clínico que aborde tanto a intoxicação como a aparição do ‘delírio diâmbico’. Os psiquiatras Pernambuco e Botelho, por exemplo, nomeiam os usuários nordestinos como ‘degenerados’ e a maconha como ‘planta da loucura’, e descrevem que:

1147 IGLÉSIAS, Op. cit. P. 14.

1148 Ibid. P. 16.

“Os efeitos da diamba são os seguintes: tomadas as primeiras baforadas, o indivíduo apresenta os olhos vermelhos, os músculos da face contraídos, dando ao rosto uma expressão estranha. A embriaguez vem logo, com delírio a princípio agradável, dando um bem-estar, mas vai aumentando depois até uma grande agitação que toma formas diversas conforme o temperamento do indivíduo. Uns ficam em completa prostração, outros cantam, gritam, correm, tornam-se agressivos e perigosos”¹¹⁴⁹.

Em 1928, o médico Oscar Barbosa apresenta a maconha como um “entorpecente terrível, de um flagelo nacional”, originado por ocasião do tráfico africano, contando-se entre seus adeptos os negros e seus descendentes¹¹⁵⁰. Citando Rodrigues Dória, o médico acusa que no Norte do Brasil:

“o vício de fumar a diamba vem-se difundindo espantosamente, causando degenerações individuais e concorrendo para práticas criminosas. Os negros para ali encaminhados para a lavoura da cana de açúcar, os índios catequizados e os mestiços dêle faziam uso. Ainda é pouco conhecida nos meios civilizados da nossa sociedade, mesmo nos Estados onde existe em abundância”¹¹⁵¹.

A diferença da cocaína ou da morfina para a maconha será enquadrada da mesma forma que o álcool a respeito de seus usuários, ou seja, como um costume próprio das camadas populares, em particular do nordeste brasileiro, conectando-se essa inteligibilidade ao imaginário da época a respeito dos sertões como um espaço de pobreza e doença. Pernambuco e Botelho comentam que

“Vê-se, pois, como entre as classes pobres e quase incultas dos nossos sertões, um novo vício, pior talvez que o álcool, começa a fazer a sua obra destruidora e desgraçadamente parece que, como se não bastassem já os outros tóxicos, a diamba tende a entrar para o rol dos vícios elegantes”¹¹⁵².

1149 BOTELHO, Adauto; PERNAMBUCO Filho, Pedro (1928). Vício da diamba. *A maconha - Coletânea de trabalhos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1951. P. 30.

1150 BARBOSA, Oscar (1928). O vício da diamba. *A maconha - Coletânea de trabalhos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1951. P. 30. A tese para se titular como médico de Barbosa foi *Da prevenção do vício da diamba e outros vícios sociais degradantes*. TESE FMRJ, Rio de Janeiro, 1928.

1151 Ibid. P. 31.

1152 BOTELHO, *et All*, Op. cit. P. 26.

Da mesma forma como no século anterior aconteceu com a compreensão das outras substâncias, para o caso da maconha também se precisou estabilizar doses e períodos da embriaguez. O titular da cadeira de Farmacologia da FMRJ, Pedro Augusto Pinto, entre 1904 e 1950, em seu livro *Noções de Botânica Aplicada à Medicina e à Farmácia* (1929), estabelece que a cannabis em doses de 0,05 cc. provoca uma série de manifestações psíquicas que divide em quatro períodos: de excitação, de descoordenação intelectual, êxtase e, finalmente, sono. Baseado nesses fatos, o médico Oscar Barbosa comenta que:

“No primeiro período o paciente tem a sensação de bem-estar (euforia), seguida de agitação intelectual (noostenia). Sobrevém apatia profunda e, em seguida, uma fase de excitação intelectual, caracterizada pela dissociação de ideias, delírios e sonhos. A embriaguez pela Cannabis indica exagera as impressões recebidas pela córtex cerebral. As noções de tempo e de espaço alteram-se e exalta-se a imaginação. As ideias peculiares de cada um também se exaltam. Se o indivíduo tem gênio expansivo, torna-se mais; se é concentrados, torna-se melancólico. O sono ora é plácido, ora seguido de pesadelos. Nos alcoólicos, nos braditróficos, nos histéricos, etc., o sono é agitadíssimo. O despertar, entretanto, se efetua sem fadiga. O hábito se estabelece com tal ou qual facilidade”¹¹⁵³.

A construção das etapas da embriaguez cannábica pela medicina é aplicada por Barbosa na explicação dos comportamentos produzidos nas cerimônias feitas no nordeste, dando o nome de observação clínica a uma descrição que se inicia com a roda da “fumaça tóxica”, para seguir com observações físicas (músculos da face contraídos, olhos injetados), que abordariam os primeiros efeitos da embriaguez. Essa seria sucedida pelo delírio:

“com sensação de euforia, visão de coisas agradáveis e, progressivamente, sobrevém o estado de completa alucinação uns dando para gritar, correr, cantar, ao passo que outros se tornam agressivos e perigosos, conforme o temperamento do indivíduo. Alguns caem em grande prostração”¹¹⁵⁴.

Da mesma forma, Barbosa aplica as formas da intoxicação que a medicina do século XIX deixara a respeito do álcool, dividindo a embriaguez pela diamba em

1153 BARBOSA, Op. cit. P. 25.

1154 Ibid. P. 38.

intoxicação aguda e crônica. Na primeira, o médico acentua que a embriaguez começa com alucinações e certo bem-estar, mas é seguida de delírios. Quando essa se dissipa e o indivíduo volta ao estado normal, mas o “indivíduo inveterado no hábito vicioso” experimentará a forma crônica, que implicará em uma profunda alteração da personalidade¹¹⁵⁵. O relato médico do diambismo também incluirá os estágios de loucura, prática de crimes e finalmente a morte, próprias do relato com as outras substâncias. Barbosa comenta que “o diambista inveterado, êste nunca é consciente de seus atos: é um idiota. A continuação do vício pode trazer, também, a loucura definitiva ou morte, como desfêcho”.

No Chile, depois das referências já citadas do século XIX, não aparecem artigos ou comunicações nas revistas médicas ou teses dedicadas à maconha até 1929, quando o químico farmacêutico Luís Poblete apresenta sua tese intitulada *Cáñamo indiano*, dedicada a delimitar uma ‘psicopatía tóxica’ provocada pelo cânhamo¹¹⁵⁶. Pode-se inferir que, embora no Chile se tenham na época cultivos da planta espalhados na zona central do país, seu potencial consumo não incitava a atenção dos médicos da mesma forma que no Brasil.

O farmacêutico distingue vários períodos na embriaguez cannábica, enumerando a excitação nervosa, motriz e sensorial, descoordenação intelectual, êxtase e sonhos. Segundo ele, a maconha produz desequilíbrio mental, insensibilizando os nervos, provocando desordem na sensibilidade e gerando ilusões nos usuários¹¹⁵⁷. A embriaguez cannábica, para Poblete, “tiene aspectos voluptuosos y de lujuria (...) Se pierde todo contacto en la asociación de ideas y no puede restablecerse el control superior; la personalidad del sujeto pierde toda orientación. Se produce una apreciación errónea sobre el tiempo y el espacio”¹¹⁵⁸. Da mesma forma como o alienismo do século XIX delimitava os efeitos do álcool de acordo com as constituições dos sujeitos, o farmacêutico comenta que “el cáñamo exalta sobre todo las ideas dominantes en el individuo. Si él es melancólico, tendrá accesos de una tristeza angustiosa. En realidad, la tristeza y el delirio que provoca son netamente personales”¹¹⁵⁹. Os delírios agudos

1155 Ibid. P. 38.

1156 POBLETE Ramos, Luís. *Cáñamo indiano*. Memoria de prueba para optar al título de Químico Farmacéutico de la Universidad de Chile. Imprenta y encuadernación Bardi, Santiago, 1929. P. 23.

1157 Ibid.

1158 Ibid. P. 29.

1159 Ibid.

dependeriam, no enquadramento dado por Poblete, das predisposições individuais. Coloca também a demência e a loucura nos estágios finais do quadro patológico¹¹⁶⁰.

Outros efeitos atingiram o corpo dos usuários. Distinguindo distúrbios na mobilidade: “el individuo titubea, le invade una pereza muscular; los movimientos son sacudidos, violentos; la palabra balbuciente. Se observa una discontinuidad de la vida psíquica, es decir, un desequilibrio intelectual”¹¹⁶¹. Ao mesmo tempo, prolonga os efeitos da substância durante dias, os quais acabam como um estado letárgico interrompido por delírios, com sinais visíveis de aniquilação física e moral¹¹⁶². Poblete finaliza sua tese convidando as autoridades a incluir a maconha entre as substâncias sob controle, devido a ter um importante papel nas “toxicopatías que asolan a la humanidad y que constituyen un constante problema en los países civilizados: cual es la defensa del organismo sobre aquellos parásitos sociales”¹¹⁶³.

Outra observação importante é fornecida por Adiala para o Brasil, onde a temática do alcoolismo apontava na direção do controle das camadas populares, enquanto a discussão da psiquiatria sobre as drogas e os vícios elegantes apontaria para a elite do país, trazendo à tona as contradições de uma civilização ameaçada¹¹⁶⁴. O médico Ignacio Lopes Cunha dizia em 1931 que:

“Nem é preciso ver-se com os olhos de médico especialista, ou sociólogo, para divisarmos, já bem perto, o perigo que nos ameaça. De instante a instante, o inimigo nos bate à porta. Quer nas casas de tolerância, quer nos teatros ou nos cinemas, e até nos próprios lares, um polvo insaciável vai estendendo seus multiformes tentáculos. As intoxicações de luxo, sob todas as aparências, invadem, assustadoramente, em vertiginosa carreira, sem distinção de classe, de sexo, de idade, todas as camadas sociais. Hoje é um jovem, que vive à cata de sensações novas, de prazeres extravagantes, que se prende às falsas delícias dos eufóricos, tais como o ópio ou às alucinantes excitações da cocaína e do álcool; amanhã, uma artista, que, em busca de esquecimento de pequenos males, de contrariedades, insignificantes, às vezes, cede à tentação escravizadora da morfina ou do éter, escandaloso e denunciante... é o médico, o advogado, o engenheiro, o comerciante, velhos e moços, que, ou

1160 Ibid. P. 27.

1161 Ibid. P. 26

1162 Ibid.

1163 Ibid. P. 30.

1164 ADIALA, Op. Cit. p. 274.

afastando uma pretensa dor, ou procurando meios artificiais de gozo, se entorpecem e lentamente se suicidam”¹¹⁶⁵.

Como o discurso psiquiátrico descreve as etapas da nova doença no corpo dos toxicômanos, tratando o hábito de consumo de drogas como um problema da vontade e do senso moral, igual ao caso do alcoolismo, com as toxicomanias as terapias se debruçaram na restauração da vontade. No Brasil, Carneiro (1927) comenta que o problema da toxicomania é a perda de vontade¹¹⁶⁶. Monetta comenta, no Chile (1929), que:

"la opiomanía es un hábito funesto del cual no consiguen librarse fácilmente los viciosos empedernidos, por razón que la misma droga al infiltrarse en ellos, les mata las energías físicas y les anula la voluntad. La cura es, sin embargo, posible, si contribuyen a ella factores propicios, no sólo de orden material, sino también psíquicos"¹¹⁶⁷.

Dessa forma, igual como acontece no caso do alcoolismo, a terapêutica para a toxicomania procurou o abandono total do uso de embriagantes. No Brasil, Roxo (1925) define, entre os métodos de tratamento, a supressão rápida definida por Erlenmeyer do consumo do fármaco, alvo possível por meio de um tratamento em casa de saúde “para que se fiscalice o tratamento e se consiga subordinar completamente a vontade do doente à dos que têm a missão de o curar”¹¹⁶⁸.

No Brasil é aberto em 1921 o Sanatório Botafogo, espaço privilegiado para o tratamento destes vícios elegantes¹¹⁶⁹. Segundo Adiala, nesse local foram construídas as demonstrações factíveis dos perigos que a categoria diagnóstica da toxicomania comportava. A visão médica que conceituava as drogas como uma ameaça à civilização se tornaria hegemônica¹¹⁷⁰. Dessa forma, segundo o que Adiala também comenta, as intoxicações não apenas proporcionam um modelo encaminhado da doença mental para a psiquiatria, mas também geram sua principal clientela¹¹⁷¹.

1165 LOPES, Ignácio Cunha. As toxicomanias no Rio de Janeiro. *Archivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*. 20 (1): 1924, p. 131.

¹¹⁶⁶ CARNEIRO, 1927. OP. cit. P. 33.

¹¹⁶⁷ MONETTA, Op. cit. P. 21.

¹¹⁶⁸ ROXO, Op. cit. P. 277.

¹¹⁶⁹ ADIALA, Op. cit. P. 122.

¹¹⁷⁰ Ibid. P. 143,145,147.

¹¹⁷¹ Ibid. P. 124.

No Chile, em 1929, recomenda-se o isolamento do paciente em sanatório "en donde les sea absolutamente imposible obtener su narcótico"¹¹⁷². Calcula-se uma cura entre 5 a 7 dias, substituindo o ópio por bromo, cloral, morfina, sulfonal e acotinina. Porém, para uma cura de morfinomania, recomendava-se o uso de dionina e heroína, considerada por uma tese de Química e Farmácia "menos hipnótica que la morfina, pero más analgésica"¹¹⁷³. O internamento compulsório, estipulado em legislações das primeiras décadas do século XX nos dois países, permitiu que os corpos dos doentes fossem transformados em laboratórios para o ensaio de terapias. Em 1933, o farmacêutico René Carvajal publica sua tese dedicada ao tratamento do morfinismo a partir da experiência no manicômio, espaço onde se utilizava um método de supressão gradual do morfinismo desenvolvido pelo psiquiatra Oscar Peralta com o uso de insulina¹¹⁷⁴.

O método de tratamento do químico se sustentava na psicoterapia e no controle do regime de vida. Afasta-se o sujeito do meio "donde ha contraído el hábito" e se isola em sanatórios ou asilos para alienados. Carvajal salienta a importância da reeducação, cujo objetivo é restaurar a 'vontade do doente':

"tiende a mejorar, a devolver la normalidad, la voluntad desfalleciente del enfermo, a reintegrar su 'self-control' (Jennings)... El éxito dependerá del grado la alteración mental y del constante imperio del médico sobre el enfermo. Siendo en la mayoría de los casos, el fondo mental perturbado, el principal estrato que mantiene el hábito, muy poco se ganará, si no se trata de reformar la voluntad del enfermo"¹¹⁷⁵.

Carvajal comenta que no método de substituição do morfinismo são utilizados tônicos cardiovasculares, hipnóticos e hidroterapia para combater a excitação psicomotriz. Salienta a ação hiperglicêmica da insulina. O método desenvolvido por Peralta no final de 1932 era iniciado mantendo o paciente com a quantidade habitual da droga, fazendo exames de urina e glicemia. Depois, ele era isolado em cama e permanecia sob vigilância constante, com alimentação lactovegetariana. No primeiro dia, o sujeito recebe três injeções de insulina (8:30, 14:00, 21:00) em media diária de 60 cc. O tratamento continua assim durante quatro dias e, depois da segunda injeção de

1172 MONETTA, Op. cit. P. 1.

1173 Ibid. P. 36.

1174 CARVAJAL, 1933, Op. cit. P. 12.

1175 Ibid. P. 8.

insulina, subministra-se glicose (50 cc.). Embora o método tenha um grande risco de choque hipoglicêmico, Carvajal recomendou o uso da insulina e glicose para a desmorfinação. A terapia era usada no Asilo de Temperança e na Casa de Orates. Em 1932, será projetado um local especial para o tratamento dos toxicômanos, inaugurado apenas em 1943. Seu nome foi Instituto de Reeducação Mental e ocupou um hospital colônia, antes utilizado na profilaxia da tuberculose.

QUADRO 10
FONTES LEVANTADAS SOBRE DROGAS NO BRASIL E NO CHILE (1839-1933)

ANO	AUTOR	TÍTULO	REFERÊNCIA
1839	Luiz Antonio Chaves	Dissertação sobre o ópio, de sua acção sobre a economia animal, e dos casos que reclamam seu uso precedida de considerações gerais sobre o systema nervoso	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1839
1866	Damian Miquel	Accion anestésica del cloroformo, accidentes que a que pueden dar lugar i modo de correjirlos	AUCh, Tomo XXVIII, setembro de 1866
1875	Jacinto Ugarte	Apuntes sobre el Tabaco	RMCh. Año 3, Tomo IV. 1875-76
1876	William Benham	Acción de la Nicotina	RMCh. Tomo V. 1876-1877
1881	Fabricio Carneiro Vampré	Anesthésicos	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1881
1881	Eduardo Augusto de Menezes	Do valor das injeções hipodérmicas no tratamento das molestias internas	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1881
1882	Eduardo Augusto Ribeiro Guimarães	Do uso e abuso do café	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1882
1882	Carlos Buarque de Macedo	Do uso e abuso do café	TFMRJ, Rio de Janeiro 1882
1882	José Fernandes da Costa Santos	Anesthésicos	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1882
1884	L. C. Hungria	Das contra-indicações da anesthesia cirúrgica	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1884
1885	Hilario de Gouvéa	A cocaína na cirurgia e therapeutica ocular.	<i>Revista do cursos prácticos e theoreticos</i> . N.1 Ano, 2, Rio de Janeiro, 1885
1887	Hilario de Gouvéa	Ação da Cocaína sob o epithelio da córnea	<i>Brazil Médico</i> , 1887
1887	Gabriel Covarrubias	Estudio sobre el muriato de cocaina	TFMUCH, Santiago, 1886. Em RMCh. Tomo XV. 1886-1887

ANO	AUTOR	TÍTULO	REFERÊNCIA
1888	Eugênio Augusto de Oliveira Borges	Cocaína e seus usos	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1888
1888	Francisco Januario de Gama Bernardes	Do envenenamento pelo fumo e pela nicotina	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1888
1890	Jerônimo Rodrigues de Moraes	Psicoses de origem tóxica	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1890
1890	F. A Botelho	Do valor anestésico da cocaína na cirurgia em geral	Rio de Janeiro, 1890
1890	Amedeo Prudencio Masson Filho	Envenenamento pelo fumo e pela nicotina	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1890
1891	Bento Carvalho do Paço	Do envenenamento pelo fumo e pela nicotina	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1891
1892	Oliveira Aguiar	Da cocaína e suas contraindicações	<i>Brazil Médico</i> , ano VI, n.16, 1892
1892	Daniel de Almeida	Envenenamento pela cocaína	<i>Brazil Médico</i> , ano VI, n.17, 1892
1894	Domingos Pinto de Figueiredo Mascarenhas	Da anestesia local em cirurgia operatória	TFMeFRJ, Rio de Janeiro, 1894
1898	Juan B. Miranda	Tratado de Farmacia	Santiago de Chile, 1898
1900	Pedro A. Riquelme	La heroína como sedante del sistema nervioso	TFMUCh, Santiago, 1900
1901	Aurelio Melean	Contribución al estudio de la analgesia quirúrgica por Inyección Lumbar Sub-Aracnoidea de Cocaína (Raquicocainización)	Tese FMUCh, Santiago, 1901.
1905	Alejandro Rojas Salinas	Las enajenaciones mentales	TFMUCh, Santiago, 1905
1907	Luis Calvo Mackenna	Anestesia Clorofórmica con el aparato de Ricard.	TFMUCh, Santiago, 1907
1907	A. Rodrigues Pinheiro	Morphinomania	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1907
1910	Thereziano de Magalhaes Chaves	Breves considerações sobre o tabagismo	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1910
1911	Félix Montero Urzua	Enajenaciones Mentales	TFMUCh, Santiago, 1911
1912	Héctor Martínez Barrica	Anestesia Jeneral por el éter, cloroformo i oxígeno con el aparato de los Doctores Roth –Drager-Kronig	TFMUCh, Santiago, 1912
1914	Arturo Barraza Araya	La acción del Cloroformo sobre el Riñón	TFMUCh, Santiago, 1914
1914	Clemente Holzapfel	Anestesia Intravenosa con Eter	TFMUCh, Santiago, 1914
1915	Eduardo Vidal	La Anestesia Local con la Solución Novocaína-Adrenalina	Teses FMUCh, Santiago, 1915

ANO	AUTOR	TÍTULO	REFERÊNCIA
1915	Rodrigues Dória	Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício	Memória apresentada no Congresso Científico Panamericano, Washington, 1915
1918	Francisco de Assis Iglésias	Sobre o vício da diamba	Memória apresentada no VIII Congresso Brasileiro de Medicina, São Paulo, 1918
1918	Keralia Rodríguez	Anestesia general rápida por el Eter (Eter-Rausch)	Teses FMUCh, Santiago, 1918.
1923	Gutiérrez Susana	Contribución al estudio de toxicología bajo el concepto físico	TQyFUCh. Santiago, 1923
1924	Zoroastro Marques da Silva	Do ether diacetico da Morphina: Heroína	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1924
1924	Guilhermina da Rocha Johnson	Anestezia e Anestezicos	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1924
1924	Ignácio Cunha Lópes	As toxicomanias no Rio de Janeiro	ABNP, Rio de Janeiro, 1924
1927	Suikire Antunes Carneiro	Opiomania e cocainomania	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1927
1928	Oscar Barbosa	O vício da diamba	Rio de Janeiro, 1928
1928	Adauto Botelho & Pedro Pernambuco Filho	Vício da diamba	Rio de Janeiro, 1928
1929	Laura Monetta	Breve estudio sobre el opio y sus derivados	TQyFUCh, Santiago, 1929
1929	Luís Poblete Ramos	Cáñamo indiano	TQyFUCh, Santiago, 1929
1929	María Luisa Barría	Cocainomanía	TFQyFUCh. Imprenta Lagunas & Quevedo, Santiago, 1929
1929	Octavio de Arruda Camargo	Contribuição ao estudo da Rachianestesia	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1929
1931	Paulo Frota	O tabagismo chronico	TFMRJ, Rio de Janeiro, 1931
1933	René Carvajal	Tratamiento del hábito morfínico	TQyFUCh, Santiago, 1933

* RMCh: Revista Médica de Chile

** TFMUCH: Teses Faculdade de Medicina, Universidad de Chile

*** TFMRJ: Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

**** ABPNSA: Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins

***** ABPNML: Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal

***** AUCh: Anales da Universidad de Chile

***** TFQyFUCh: Teses da Faculdade de Química y Farmacia da Universidad de Chile

CONCLUSÕES

Essa dissertação procurou abordar a emergência da categoria diagnóstica da toxicomania no Chile e no Brasil para as ciências biomédicas durante o século XIX e nas três primeiras décadas do século XX, delimitando os fundamentos organicistas e as práticas laboratoriais inseridas no processo. Essa configuração diagnóstica esteve delimitada pelo processo de institucionalização da psiquiatria no Brasil e no Chile, bem como pelo desenvolvimento das práticas de fisiologia experimental ao transcorrer da circulação das ideias organicistas na conceituação das doenças mentais.

O caminho escolhido foi a revisão de teses e publicações em revistas médicas e psiquiátricas no decorrer do período, atentando para as teorias e práticas laboratoriais que concorrem na definição da categoria diagnóstica estudada. Ensaios e estudos de fisiologia, farmacologia e de anatomia patológica fizeram parte dessa empreitada.

As fontes consultadas apresentam que, no caso do Brasil, os ensaios sob o modelo da medicina experimental feitos no século XIX listaram diferentes elementos (substâncias, animais, aparelhos) para produzir uma objetividade procedimental que outorgasse cientificidade às práticas desenvolvidas pelos cientistas. Esses forneceram importantes fatos para a configuração da toxicomania como doença mental no século seguinte. No caso do Chile, a ausência de fontes e a consolidação de espaços laboratoriais em um período posterior ao do Brasil sugerem que a sustentação científica foi dada pela circulação das teorias psiquiátricas e, para o caso do alcoolismo, apoiaram-se fundamentalmente na utilização de estatísticas que estabeleceram a relação entre a ebriedade alcoólica e a hereditariedade. Uma comparação entre as fontes revisadas do Chile e do Brasil evidencia um importante desenvolvimento da fisiologia experimental no segundo na segunda metade do século XIX e, para o caso da maconha, um interesse mais cedo por sua configuração como toxicomania (Doria, 1915; Iglésias, 1918), devido à sua associação ao imaginário sobre os nordestinos e os descendentes africanos. Se aquelas práticas laboratoriais contribuíram para a configuração da categoria diagnóstica da toxicomania no Brasil, no caso do Chile esta foi definida no campo da química e farmácia a partir da segunda década do século XX.

A configuração da ideia da degeneração, feita pelo alienista Magnan na segunda metade do século XIX, utilizou o método experimental como procedimento principal para fornecer fatos empíricos, em escala laboratorial, da degeneração produzida pelo uso de embriagantes ao seu modelo. A estabilização da figura do degenerado foi feita em um contexto de que o fecundo desenvolvimento da anatomia patológica na medicina do corpo não conseguia grandes achados para o campo da psiquiatria. Nesse contexto de incerteza epistêmica, as substâncias com efeito sobre os estados da consciência foram listadas para tornar o modelo de experimentos fisiológicos, desenvolvido por Bernard, como um eixo central da biomedicina. Desde o fim do século XIX, o modelo fisiológico se consolidará como principal metodologia de veracidade nos ensaios com substâncias modificadoras da consciência e sensibilidade.

A farmacologia foi desenvolvida nos autoensaios com haxixe feitos pelo alienista Moreau de Tours, que possibilitou o entendimento de que o delírio também é possível de existir nos sensatos. Ao mesmo tempo, inseriu a cannabis dentro das substâncias provocadoras de psicose tóxica, o que permitiu uma conexão com a loucura. Assistimos ao nascimento de um estilo de pensamento que enquadraria, daqui em diante, as modificações na consciência experimentadas com diversas substâncias - em diversas culturas e diferentes contextos históricos - sob o viés de 'psicoses tóxicas'. Dessa forma, podemos salientar que as práticas laboratoriais com substâncias moduladoras dos estados mentais no Brasil e no Chile se inserem no estilo de pensamento iniciado por Moreau de Tours, que enxerga as modificações da sensopercepção observadas como 'psicoses tóxicas'. Também se tem que considerar o papel da ideia do delírium no século XIX na construção dessas psicoses, que era considerado no século XVIII, junto às alucinações e às ilusões, como uma forma da loucura; mas que ao longo do século XIX passa a ser entendido como um sintoma das loucuras, seus conteúdos se tornando critério de classificação. Ao mesmo tempo, as alucinações são incorporadas a manifestações próprias dos estados de delírio.

O laboratório de Magnan produziu um relato da degeneração em escala experimental. Ao mesmo tempo, insere-se no projeto de demonstrar a capacidade dos laboratórios de provocar e modular artificialmente quadros de delírios e psicoses. Preocupado em outorgar fundamentação à sua teoria, Magnan estabeleceu a relação entre duas variáveis: os veículos de ebriedade com a degeneração orgânica, estabelecendo, ao mesmo tempo do modelo fisiológico experimental, efeitos

fisiológicos mesuráveis e moduláveis. Uma civilização que se enfrentava à modificação da consciência em segundos com substâncias de síntese, como a morfina, acabou explicando o fenômeno com os parâmetros da degeneração que estavam se desenvolvendo. Ao mesmo tempo, o estilo de pensamento que era aprimorado por Magnan tomou para si as substâncias que agiam nos estados mentais.

A empreitada de Magnan é seguida do reordenamento da psiquiatria na procura de cientificidade feito pelo psiquiatra Emil Kraepelin. Com a consolidação do modelo organicista, as doenças mentais precisam ter uma entidade nosológica, um agente etiológico, causas somáticas específicas, características clínicas (duração e a evolução), fatos fornecidos pela anatomia patológica.

O processo de institucionalização da psiquiatria no Brasil e no Chile esteve determinado pela circulação dos paradigmas da medicina mental no século XIX, fortemente determinado pelo alienismo francês, e no século XX pela consolidação da visão organicista de Kraepelin. As fontes consultadas para nossa pesquisa evidenciam que o desenvolvimento das pesquisas fisiológicas e com psicofármacos se iniciaram, no caso do Brasil, nos laboratórios de fisiologia da Faculdade de Medicina e no Museu Nacional a partir da década de 1880. Dessa forma, os primeiros fatos fornecidos pelas práticas experimentais não foram feitas nos espaços asilares. Isso vai mudar nos dois países no início do século XX, quando são instalados laboratórios na Casa de Orates de Santiago (1900) e no Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro (1903).

No caso do Chile, no final do século XIX, o principal sustento de verificação da psiquiatria foi a estatística dos ingressos dos alienados no asilo. Apenas no século XX apareceram ensaios feitos com morfina em tratamentos de desintoxicação. Para o caso do Brasil, no fim do século XIX aparecem as estatísticas como fato apresentado na conceituação do problema do alcoolismo como assunto do campo psiquiátrico e para estabelecer a relação entre ebriedade alcoólica com a hereditariedade. No século XX, aparecerão as primeiras abordagens organicistas na configuração do alcoolismo.

No século XIX, é estabilizada a figura do alcoolismo pela psiquiatria no modelo da degeneração de Magnan. A categoria diagnóstica é anexada pela psiquiatria a partir da noção da psicose tóxica, que se conecta com a antiga discussão a respeito do delírio para as ciências da mente. O alcoolismo permite estabilizar um modelo de psicose tóxica, provocado pelo uso de algum veículo de ebriedade, delimitando etapas, estágios e considerando as alucinações, expressas fundamentalmente no *delirium tremens*. Dessa

forma, o alcoolismo vai ser o primeiro fornecedor de uma psicose tóxica, e o delírio alcoólico serve de modelo explicativo para novos enquadramentos a respeito de drogas para a medicina psiquiátrica. O estilo de pensamento que contempla essas modificações como estágios passageiros da loucura ou como sintomas de uma doença mental provocada pelo álcool reduz a categoria ‘psicose tóxica’ à compreensão das modulações da consciência e sensibilidade.

Tal como foi salientado por Santos e Adiala, o alcoolismo no Brasil foi delimitado como prática das classes trabalhadoras. No Chile, acontece o mesmo, sendo que os médicos afirmam que o uso de embriagantes era a principal causa da degeneração da raça, enquadramento para o qual se utilizaram estudos estatísticos. Destacaram nessa época as citações aos estudos sobre Ada Jucke nos dois países. Nessa conceituação, observa-se nas fontes de ambos os países um abandono da ideia do álcool como alimento e medicamento, próprio dos séculos anteriores em que os destilados e fermentados eram considerados como nutrimentos e muito usados como anestésicos nas práticas cirúrgicas. Isso está relacionado também com o desenvolvimento do éter e o clorofórmio no começo do século XIX, que mudaram completamente os procedimentos cirúrgicos. Também se evidencia, no caso do Brasil, que uma conceituação organicista que antecede a figura do alcoólatra foi a relação estabelecida entre o uso de bebidas com a cirrose hepática, que reforçou a ideia da toxicidade do álcool. Já no fim do século XIX, as conexões estabelecidas entre a sífilis e as lesões orgânicas se somam ao viés à procura de fatos localizáveis no corpo na configuração das doenças mentais.

Também a discussão médica sobre o alcoolismo conectará a possibilidade do desenvolvimento de psicoses tóxicas com uma herança mórbida e uma predisposição, expresso na descrição da dipsomania. Ao mesmo tempo, a determinação médica do discurso psiquiátrico desenvolverá um estilo de pensamento que enxergará a solução ao problema do consumo de alcoóis a uma necessidade de cura, que acontece com o abandono total do consumo da substância embriagante. Esse estilo de pensamento determinará uma terapêutica voltada à restauração da vontade do sujeito, sob o ideal da abstinência. Assim, torna-se importante o ideal médico de corpo puro na criação da categoria diagnóstica do alcoólatra.

As estatísticas feitas no Chile no final do século XIX, que relacionaram o alcoolismo com a criminalidade, foram os primeiros procedimentos de validação para o enquadramento do uso de veículos de ebriedade como práticas a se intervir

terapeuticamente. Aqueles estudos também visavam considerar a importância da hereditariedade nas categorias diagnósticas em formação.

Ao mesmo tempo em que aparecia a figura do alcoólatra, práticas laboratoriais desenvolvidas no Brasil, fundamentalmente no Museu Nacional, procuravam estabelecer procedimentos de verificação para a inteligibilidade dada às substâncias que modificam os estados mentais. Esses ensaios com substâncias subsidiam empirismo para a configuração da categoria diagnóstica da toxicomania que será feita no início do século XX. Essas práticas também abrangeram espaços além dos hospícios, gerando uma rede sociocognitiva para a produção de fatos científicos. Quanto ao Chile, as práticas laboratoriais estavam inseridas na Faculdade de Medicina e no Hospital San Vicente de Paul, orientado à prática clínica, até o século XX, quando aparecem os primeiros espaços laboratoriais na Casa de Orates. Sugiro que os ensaios fisiológicos com substâncias forneceram os fatos para a consolidação, no Chile e no Brasil, do modelo kraepeliano da doença mental com um agente etiológico (a droga) e em evolução (estágios da intoxicação), aplicado no caso das ‘psicoses heterotóxicas’.

O estilo de pensamento científico da segunda metade do século XIX considerou o modelo fisiológico como principal modelo para fornecer veracidade aos seus enunciados quanto aos efeitos das substâncias moduladoras dos estados mentais. Esse estilo de pensamento outorgou um princípio de inteligibilidade através da estabilização dos fatos (dosagem, doses ativas, umbrais de tolerância), o que orientou a elaboração correspondente do percebido como estados de psicoses tóxicas para o caso de substâncias como a morfina, a cocaína e, finalmente, da cannabis. Aquele marco enunciativo delimitou os critérios de significação posteriores dados ao uso de embriagantes, os quais serão enxergados no campo das doenças mentais. Os procedimentos laboratoriais podem ser analisados como mecanismo de validação que procuram outorgar verossimilhança aos enunciados científicos. As teorias científicas envolvidas precisavam da concorrência de procedimentos, e para isto foram enfileirados elementos para a legitimação das afirmações feitas pelos cientistas. Sugiro considerar o uso da estatística, os ensaios laboratoriais, as práticas de anatomia patológica e os autoensaios, como integrantes desses procedimentos de verificação. Os procedimentos não são excludentes e até se mostram complementares nas conceituações analisadas, outorgando um viés de cientificidade aos enunciados. Entre os procedimentos de veracidade encontrados nas fontes, podemos sistematizar o uso de estatísticas (Beca,

1892; Roxo, 1900; Peixoto, 1904); ensaios laboratoriais fisiológicos com animais (Gouvêa, 1858; Benham, 1876; Guimarães, 1882; Gouvêa, 1885; Masson, 1890; Silva, 1924; Iglesias, 1918); autoensaios (Benham, 1876; Covarrubias, 1885; Gouvêa, 1885), práticas de anatomia patológica (Borda, 1909); e ensaios com pacientes (Botelho, 1925; Gutiérrez, 1933).

Os ensaios fisiológicos com animais foram, no Brasil, um importante fornecedor de fatos científicos para que a ciência psiquiátrica pudesse sustentar suas teorias. Os experimentos fisiológicos se preocupam em descrever as doses das drogas em três níveis: uma dose terapêutica, associada fundamentalmente às intervenções cirúrgicas; uma dose provocadora de psicose tóxica; e as doses mortais. Também apresentam as vias de administração e, sobretudo, as etapas da intoxicação. A maioria deles foram feitos em animais e procuraram calibrar as propriedades dos fármacos testados em sua interação com corpos vivos.

Sugiro que a produção de fatos científicos no período analisado está atrelada à consolidação do estilo de pensamento organicista para a compreensão das doenças mentais. Injeções em animais graduando doses letais, a atenta observação dos fenômenos vitais observados e a descrição dos efeitos visíveis integram o estilo de pensamento delimitado pela fisiologia de Bernard, as práticas de modulação de psicose no laboratório de Moreau de Tours e a consolidação do paradigma organicista na inteligibilidade das doenças mentais. Dito de outro modo, a observação das pulsações, das mudanças nos órgãos, nos tecidos ou nas células quando expõem a animais ou humanos às drogas ou aos tratamentos, está delimitada pelo estilo de pensamento que relaciona mudanças nos órgãos ou nas células com sintomas na configuração de uma etiologia das doenças mentais.

No caso do Brasil, o enquadramento da maconha como provocadora de psicose tóxica foi feito segundo o modelo dos ensaios fisiológicos. Também se observa o desenvolvimento de redes laboratoriais (Masson, 1890 e Iglesias, 1918) que suscitaram a conexão de cientistas de diferentes cidades do Brasil e de diferentes espaços laboratoriais, fundamentalmente no Rio de Janeiro. O ensaio de Iglesias também evidencia o intuito de assimilação do modelo experimental baseado no isolamento dos fatores para, desta forma, outorgar cientificidade aos fatos por ele descritos. Sua colocação em discurso, segundo os padrões definidos no século anterior pela medicina experimental, concedeu a Iglesias, embora não fosse médico, um modelo polido para

sustentar suas práticas. Também no caso de Iglésias, observa-se a abstração das condicionantes, que acaba apagando as práticas sociais associadas a determinados consumos (rituais, religiosos ou recreativos), para introduzir a substância no laboratório. A enumeração dos elementos feitos pelo agrônomo, que permitiram construir sua hipótese, traz ao laboratório a cannabis e os cachimbos. Ficam do lado de fora a música, os cânticos descritos no artigo e os clubes dos 'diambistas'.

No entanto, as práticas de anatomia patológica tentaram achar as lesões orgânicas atribuíveis ao consumo de álcool em corpos de pessoas mortas. Esses ensaios estão atrelados ao desenvolvimento de técnicas de coloração celular e de extração e calibragem de produtos biológicos. Ao mesmo tempo, os autoensaios, feitos fundamentalmente com cocaína (Covarrubias e Gouveia, 1885), também se apresentam na configuração do conceito de psicose com o eixo articulador das diversas formas de ebriedade. Outros estimulantes como a nicotina e a cafeína, embora tivessem suas propriedades tóxicas demonstradas no século XX por meio de ensaios laboratoriais, não foram considerados parte da definição das toxicomanias. Trata-se de fatores que estavam fora dos laboratórios.

No caso da morfina, é interessante observar que não encontramos experimentos concentrados nessa substância, sua calibragem se dando nos espaços terapêuticos. A morfina também produzirá o primeiro quadro diagnóstico que estabiliza a noção de que o uso não médico de um fármaco é uma doença mental. A morfinomania é produto das práticas médicas. Tal como salienta Hacking, as ciências trazem novas categorias de pessoas e a primeira prática de uso de drogas conceituada será um hábito produzido pela disseminação das práticas anestésicas. A segunda substância que está nesse enquadramento será a cocaína, utilizada inicialmente como um anestésico local.

Pode-se concluir que, apesar do intuito de proporcionar fatos orgânicos concretos para a configuração da toxicomania como categoria diagnóstica, os fatos obtidos no período analisado não proporcionam marcadores biológicos precisos que consolidem o consumo de drogas como doença mental. Isso acontece ainda que nos discursos psiquiátricos se desenvolva fartamente a ideia associada de uma herança mórbida ou predisposição constitucional.

Os fatos produzidos no Brasil e no Chile forneceram sustentação para legitimar as teorias sobre a doença mental, isto é, a definição de categorias diagnósticas para as classificações da ciência psiquiátrica segundo os parâmetros de verossimilhança das

práticas científicas vigente na sua época. Por sua vez, as práticas laboratoriais também oferecem subsídios para a comprovação das terapêuticas utilizadas e suas eficácias, vinculados com a dimensão orgânica do paciente.

A emergência do toxicômano nas primeiras décadas do século XX estará determinada pelas práticas antes descritas. Embora no estilo de pensamento da psiquiatria, o viés organicista era hegemônico, e a descrição que aparece nas fontes consultadas da década de 1920 ainda está fortemente voltada na descrição de condutas. Ou seja, os diagnósticos encarnam sujeitos, observando o indivíduo. Assistimos ao avanço do discurso psiquiátrico que se conecta com o regime disciplinar desejado para os corpos, o ideal de pessoa e sobre o seu uso do tempo.

FONTES PRIMÁRIAS

AGUIAR, Oliveira. Da cocaína e suas contra-indicações. *Brazil Médico*, ano VI, Nº16, 1892.

ALLENDE, Salvador. *Higiene Mental y Delincuencia*, Tese Facultad de Medicina da Universidad de Chile. Santiago, 1933.

ALMEIDA, Daniel de. Envenenamento pela cocaína. *Brazil Médico*, ano VI, Nº17, 1892.

ALMEIDA, Francisco Fusquim Werneck de. *Do uso do tabaco e de sua influencia sobre o organismo*, Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1869.

ARANTES, José Augusto. *A embriaguez*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1907.

ARAÚJO, Guilherme Vítor de. *D'ação do álcool e do fumo sobre o nervo optico*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1917.

AUGUSTE Ambroise Tardieu. *Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*. 1867.

BANDEIRA, Artur Alves *Gangrena social*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, , Typ. Jornal do Commercio, Rio de Janeiro, 1904.

BARBOSA, Oscar. *Da prevenção do vício da diamba e outros vícios sociais degradantes*. Tese Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro. Typ. do Jornal do Commercio, 1928.

_____(1928). O vício da diamba. *A maconha - Coletânea de trabalhos brasileiros*. Rio de Janeiro, Ministério da Educação e Saúde, 1951.

BARRAZA Araya, Arturo. *La acción del Cloroformo sobre el Riñón*. Tese da Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1914.

BARRÍA, María Luisa. *Cocainomanía*. Memoria para optar al título de Químico Farmacéutico, Universidad de Chile. Imprenta Lagunas & Quevedo, Santiago. 1929.

BECA, Manuel Segundo. *Algo sobre las enfermedades mentales en Chile*. Tese Facultad de Medicina da Universidad de Chile, Santiago, 1885.

_____. *Contribución al estudio de las enfermedades mentales en Chile*, Santiago, 1891.

_____. El Alcoholismo. *Revista Médica de Chile*. Tomo XX, 1892 (a)

_____. Una de las causas del alcoholismo crónico, *Revista Médica de Chile*. Tomo XX, 1892 (b).

_____. Alcoholismo y criminalidad *Revista Médica de Chile*, Tomo XX, 1892 (c).

_____. Conferencia en Congreso de Alienistas y Neurologistas de Francia. *Revista Médica de Chile*, Vol. 23, 1895.

_____. *Instituciones y servicios de enajenados en Europa y Estados Unidos*. Imprenta Nacional, Santiago, 1898.

_____. *Antropología i antropometría criminal*. Estado de la cuestión. Estudio presentado al V Congreso Científico Jeneral Chileno de 1898, Santiago, Imprenta Cervantes, 1898.

BENHAM, William T. Acción de la Nicotina. *Revista Médica de Chile*. Tomo V. 1876-1877.

BENÍTEZ Sanhueza, Alberto. *Contribución al estudio de la Psicosis maníaco-depresiva de Kraepelin (locuras periódicas)*. Memoria de prueba para optar ao grau de Licenciado em Medicina e Farmacia, Facultad de Medicina, Santiago, 1917.

BERMUDEZ, Gregorio. *Manual de Temperancia*. Valparaíso, 1910.

BERNANDES, Francisco Januario de Gama. *Do envenenamento pelo fumo e pela nicotina*. Tese Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1888.

BERNARD, Claude. *Introduction à l'étude de la médecine experimental*. París, 1859.

_____. *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*. París, 1858.

_____. *Leçons sur les effets des substances toxiques et medicamenteuses*. Paris, 1867.

BEZE, Francisco. *El alcoholismo, estudio y estadística*. Santiago, 1897.

BORDA, José T. Contribución al estudio de las alteraciones celulares de los centros nerviosos en las formas graves de la psicosis alcoholica. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Ano III, N° Especial do IV Congresso Médico Latino-Americano, 1909.

BORGES, Eugênio Augusto de Oliveira. *Cocaína e seus usos*. Tese Faculdade de Medicina, Typ. Montenegro, Rio de Janeiro, 1888.

BOTELHO, F. A. *Do valor anestésico da cocaína na cirurgia em geral*. Tese Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1890.

BOTELHO, Adauto. *Pressão do Liquor nas Doenças Mentais*. Typ. Revista dos Tribunaes, Rio de Janeiro, 1925.

_____; PERNAMBUCO Filho, Pedro (1928). Vício da diamba. Em *A maconha - Coletânea de trabalhos brasileiros*. Rio de Janeiro, Ministério da Educação e Saúde, 1951.

CALVO Mackenna, Luis. *Anestesia Clorofórmica con el aparato de Ricard*. Tese da Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1907.

CAMARGO, Octavio de Arruda. *Contribuição ao estudo da Rachianestesia*, Tese Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1929.

CARNEIRO, Suikire Antunes. *Opiomania e cocainomania*. Tese Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1927.

CARVAJAL, René. *Tratamiento del hábito morfínico*. Tese Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile, Santiago, 1933.

CARVALHO, Tito de Sá Macedo de. *Dos alcoólicos: sua ação fisiológica e terapêutica*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1880.

CARVALLO, Daniel. La viruela en Valparaíso. *Revista Médica de Chile*, Tomo V, dezembro de 1877.

CASA DE ORATES DE SANTIAGO. *Actas Junta Directiva da Casa de Orates*, Janeiro de 1889.

_____. *Actas de la Junta Directiva 1854-1891*. Santiago, 1901.

_____. *Movimiento de la casa de orates de Santiago en el primer semestre de 1900*. Imprenta Valparaíso, Santiago, 1900.

_____. *Memorias de Casa de Orates*, Imprenta Valparaíso, Santiago, 1923.

CHAVES, Luiz Antonio. *Dissertação sobre o ópio, de sua acção sobre a economia animal, e dos casos que reclamam seu uso precedida de considerações gerais sobre o systema nervoso*, Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.

CHAVES, Thereziano de Magalhaes. *Breves considerações sobre o tabagismo*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1910.

CONCEIÇÃO, Francisco Manoel da. *Dos anestésicos em geral e do éter e do clorofórmio em particular*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1848.

COSTA, Alfredo Carruthers Ribeiro da. *Contribuição ao estudo do alcoolismo*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1918.

COVARRUBIAS, Gabriel. *Estudio sobre el muriato de cocaina*. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia, Santiago, 1886. Em *Revista Médica de Chile*. Tomo XV. 1886-1887.

CRUZ, Manuel José da. *Cirrhose Hepathica*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1882.

DÍAZ, Wenceslao. Geografía médica de Chile. Enfermedades reinantes en Chile, *Anales de la Universidad de Chile*, 1875.

DÓRIA, Rodrigues. *Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício*. Memória apresentada no Congresso Científico Panamericano, Washington, 1915. Em *A maconha - Coletânea de trabalhos brasileiros*. Rio de Janeiro, Ministério da Educação e Saúde, 1951.

DUQUE Estrada. *Ethio-Pathogenia do Delirio Alcoolico*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Tip. do Jornal do Comércio, 1910.

ELGUERO, Ramón. *Informe del Médico de la Casa de Locos presentado a la Junta Directora de la Casa de Locos*. Santiago, 1862.

ERLENMEYER, A. *Über die Wirkung des Cocain bei der Morphiumentziehung*. *Centralblatt d. Nervenheilkunde*, Vol. 8, 1885.

FERRER, Pedro Lautaro. *Historia general de la medicina Chilena*. Talca, 1904.

FONTECILLA, Oscar. *Lección inaugural del curso de enfermedades mentales*. Clínica psiquiátrica, Universidad de Chile, 1926.

- FRANCA, D. Emprego da cocaína no parto. *Brazil Médico*, 1891.
- FROTA, Paulo. *O tabagismo chronico*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1931.
- GOUVÉA, Hilario de. A cocaína na cirurgia e therapeutica ocular. *Revista do cursos práticos e theoreticos*. Nº1, Anno, 2, Rio de Janeiro, 1885.
- _____. Ação da Cocaína sob o epithelio da córnea. *Brazil Médico*, Rio de Janeiro, 1887.
- GUIMARÃES, Eduardo Augusto Ribeiro. *Do uso e abuso do café*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1882.
- GUTIÉRREZ, Susana. *Contribución al estudio de toxicología bajo el concepto físico*. Tese Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile. Santiago, 1923.
- GUTIÉRREZ, Alejandro. *Contribución al Tratamiento del Alcoholismo, autoseroterapia*. Tese Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile. Santiago, 1933.
- DEPIERRIS, H.A. *Physiologie Sociale: Le Tabac, Qui Contient Le Plus Violent des Poisons, La Nicotine Abrége-t-il l'Existence? Est-il Cause de la Dégénérescence Physique et Morale des Sociétés Modernes?*. Paris, Dentu, 1876.
- HERNÁNDEZ, Francisco. Toxicomanías. Iniciado en el número 11 da revista *Farmacia Chilena*. Ano I, Nº11, novembro de 1927. P. 60.
- _____. Toxicomanías. *Farmacia Chilena*. Ano II, Nº 2, fevereiro de 1928. P. 21.
- _____. Necesidad de una ley que faculte la internación forzosa de todo narcómano para su tratamiento eficaz en casas de salud apropiadas. *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*. Tomo I, 1937.
- HOLZAPFEL D., Clemente. *Anestesia Intravenosa con Eter*. Tese da Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1914.
- HUNGRIA, L. C. *Das contraindicações da anesthesia cirúrgica*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1884.
- IGLÉSIAS, Francisco de Assis. *Sobre o vício de diamba*. Memória apresentada no VIII Congresso Brasileiro de Medicina, São Paulo, 1918.
- ITURRA, Waldo. La constitución perversa y la responsabilidad. *Revista de Psiquiatría*. Año V, Julio diciembre, Nº 4. 1940. P. 403.
- JOHNSON, Guilhermina da Rocha. *Anestezia e Anestezicos*. Tese Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1924.
- KRAEPELIN, Emil. *Cien años de Psiquiatria. Una contribución a la historia de la civilización*. Asociación Española de Neuropsiquiatria, Madrid, 1999.
- KRAFFT-EBING, Richard von. *Medicina Legal*. 1900.
- LABRA Carvajal, Armando. *La locura ebriosa considerada bajo el punto de vista médico-legal*. Santiago, 1910.

- LACERDA, João Baptista. Acção physiologica do curari. *Archivos do Museu Nacional*, Vol. 1, pág. p. 37-43.
- LAGE, Lindolpho Ferreira. *Cirrhose Hepatica*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1882.
- LARRAGUIBEL, Armando. *Patología General*. Editorial Scientia, Santiago, 1922.
- LEA-PLAZA, Hugo. *La escuela criminal positiva*. Santiago, 1917.
- _____. Las bases biológicas de las constituciones, temperamentos y caracteres. *Revista Médica de Chile*, Año LX N° 4, Santiago, abril de 1932.
- LEVINSTEIN, L. *Über Morphiumsucht*, Deut. Mediz. Wochenschr., 5, 1879.
- LEWIN, Louis. *Les paradis artificiels*. Payot, Paris, 1928.
- LIMA, Manoel Cintra Barbosa. *Alcoolismo hereditario*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1904.
- LOMBROSO, César. *Medicina Legal*. Tomo I. 1900.
- LOPES, Ignácio Cunha. As toxicomanias no Rio de Janeiro. *Archivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*. 20 (1), 1924, p. 131
- LOYNS Cerda, Moises. *Alcoholismo inveterado como causa de degeneracion hereditaria*. Memoria para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia. Imprenta San Buenaventura, Santiago, 1898.
- MACIEL, Paulo do Rêgo. *Do alcoolismo e suas consequencias*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1927.
- MACEDO, Carlos Buarque de. *Do uso e abuso do café*. Tese Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1882.
- MAGNAN, Valentin. Da dipsomania. *Brazil Médico*, 1892.
- MARCÉ M. *Sur l'action toxique de l'essence d'absinthe*. Comptes Rendus Hebdomadaires des Seances de l'Académie des Sciences, 1864.
- MARTÍNEZ Barrica, Héctor. *Anestesia Jeneral por el éter, cloroformo i oxígeno con el aparato de los Doctores Roth – Drager – Kronig*. Tese Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, 1912.
- MASCARENHAS. Domingos Pinto de Figueiredo. *Da anestesia local em cirurgia operatória*. Tese Faculdade de Medicina e Pharmacia. Typ. Montenegro, Rio de Janeiro, 1894.
- MASSON FILHO, Amedeo Prudencio. *Envenenamento pelo fumo e pela nicotina*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Typ Montenegro, 1890.
- MEDEIROS, Maurício de. Notas de um antialcoolista. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, N°2. Rio de Janeiro, 1906.

MELEAN C., Aurelio. *Contribución al estudio de la analjesia quirúrgica por Inyección Lumbar Sub-Aracnoidea de Cocaína* (Raquicocainización). Tese Facultad de Medicina da Universidad de Chile, Santiago, 1901.

MENEZES, Eduardo Augusto de. *Do valor das injeções hipodérmicas no tratamento das molestias internas*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1881.

MIQUEL, Damian. Acción anestésica del cloroformo, accidentes que a que pueden dar lugar i modo de correjirlos. *Anales de la Universidad de Chile*, Tomo XXVIII, setembro de 1866.

MIQUEL, Juan. Acerca de las enfermedades hereditarias en Chile i con especialidad en Santiago. *Anales de la Universidad de Chile*, Santiago, 1854.

MIRANDA, Juan. *Tratado de Farmacia*. Santiago de Chile, 1898-1899.

MONETTA, Laura. *Breve estudio sobre el opio y sus derivados*. Tese Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Chile, Santiago, 1929.

MONTERO Urzua, Félix. *Enajenaciones Mentales*. Tese Facultad de Medicina da Universidad de Chile Santiago, 1911.

MORAES, Jerônimo Rodrigues de. *Psicoses de origem tóxica*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1890.

MORAGA Porra. Propaganda antialcohólica, 1909.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Rio de Janeiro, v. 1, Nº 1, p. 52-98, 1903.

_____. Da necessidade da fundação de laboratorios nos hospitaes. *Gazeta Médica da Bahia*, Vol. XXXIII, Abril, 1902. Nº 10.

_____ & PEIXOTO, Afrânio. Classificação de moléstias mentais do Dr. Emil Kraepelin. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Anno I, Nº 2, 1905.

MOTET A. *Considerations générales sur l'alcoolisme, et plus particulièrement des effets toxiques products sur l'homme par la liqueur d'absinthe* [Thesis]. Universidade de Paris, 1859.

NERI, Marcio. A loucura alcoólica e seu tratamento. *Brazil Médico*, Ano VII, 1893.

_____. Psychoses alcoólicas. *Arquivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, Nº.3-4, 1909.

NOVA, Joaquim José. *Capacidade civil dos alcoolistas*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Typ. Montenegro, 1894.

ORREGO Luco, Augusto. Causas indirectas de la alucinación mental. *Revista Médica de Chile*. Tomo II, 1873. Ano II.

_____. Causas indirectas de la alucinación mental (primera parte). *Revista Médica de Chile*, año II, nº 11, mayo 1874. pp. 441-450.

_____. Neurosis Mímicas. *Revista Médica de Chile*, Tomo VIII, 1879.

_____. Nota sobre el cerebro de los criminales. *Revista Médica de Chile*, Tomo VIII, N° 3, Santiago, 1879.

_____. Estudios sobre las circunvoluciones y surcos del cerebro humano. *Revista Médica de Chile*, Tomo VIII, Santiago, 1879-1880.

_____. *La cuestión social*. Santiago, 1884.

_____. *Etiología y Terapéutica de la Tabes Dorsal*. Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, Santiago, 1904.

PAÇO, Bento Carvalho do. *Do envenenamento pelo fumo e pela nicotina*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Typ Moreira Maximino & Cia., 1891.

PAGADOR, Antonio. *Los venenos sociales: opio y morfina*. , Barcelona, 1923.

PEDROSA, Jonathas. *Do alcoolismo como causa da degeneração*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1900.

PENDE, Nicolás. *Endocrinología, patología e clínica degli organi a secrezione interna*. F. Villardi, Milán, 1924.

PERRIN, Maurice Constantin; DUROY, J. L. P.; LALLEMAND, Ludger. *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme*. Recherches expérimentales, Paris, 1860.

PINHEIRO, A. Rodrigues. *Morphinomania*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Typ. Leuzinger, 1907.

POBLETE Ramos, Luís. *Cáñamo indiano*. Memoria de prueba para optar al título de Químico Farmacéutico de la Universidad de Chile. Imprenta y encuadernación Bardi, Santiago, 1929.

PUGA Borne, Federico. *Elementos de Higiene*. Santiago, 1891.

RANGEL, Eurico. *Da nevríte alcoólica*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1910.

REY, Philippe-Marius. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. Vol. 15, N.2, 2013.

RIQUELME, Pedro A. *La Heroína como sedante del sistema nervioso*. Tese Facultad de Medicina da Universidad de Chile, Santiago, 1900.

RODRÍGUEZ Jorge C. *La cuestión del alcoholismo*. El monopolio o el impuesto, Memoria Facultad de Medicina Universidad de Chile. Imprenta Nacional, Santiago, 1899.

RODRÍGUEZ A., Keralia. *Anestesia general rápida por el Eter (Eter-Rausch)*. Tese da Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, 1918.

ROJAS Salinas, Alejandro. *Las enajenaciones mentales*. Santiago, 1905.

ROXO, Henrique. *Manual de Psychiatria*. Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1925.

SALAMANCA, Clotario. *Efectos del Alcohol*. Memoria de Prueba para optar al grado de Licenciado en Medicina. *Revista Médica de Chile*. Tomo VII. 1878-1879.

SANHUEZA, Ángel. Alcoholismo Hereditario. *Revista Médica de Chile*. Tomo 26. 1898.

SANTOS, José Fernandes da Costa. *Anestésicos*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Imprensa Industrial, 1882.

SANTOS, Paulo F. *Da cirrose hepática e seu tratamento*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1900.

SAPÉLIER E.; DROMARD. *L' alcoholomanie (Intoxication alcoolique latente)*, Paris, 1903.

SAZIÉ, Carlos. La anestesia histórica i los agentes anestésicos. *Revista Médica de Chile*, Año XI, agosto de 1882.

_____. Influencia del trabajo en las enajenaciones mentales. *Revista de Chile*, Santiago, 1881.

SIERRA, Lucas. *Breve reseña histórica de la evolución de la Medicina i la Cirujía en el siglo XIX*. Lección de apertura del curso de Clínica Quirúrgica, Santiago, 1918. P. 727.

SILVA Cruz, Carlos. *La interdicción por ebriedad*. Memoria de prueba Licenciado en Leyes y Ciencias Políticas, Universidad de Chile. Santiago, 1898.

SILVA, Zoroastro Marques da. *Do ether diacetico da Morphina: Heroína*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1924.

SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO. *Revista Médica de Chile*. Tomo II, 1873-74.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo VI, 1877-1878.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo IX, 1880-1881.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XI, 1882-1883.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XII, 1883-1884.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XIII, 1884-1885.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XIV, 1885-1886.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XV, 1886-1887.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XVI, 1887-1888.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XVIII, 1889-1890.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXII, 1894.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXIV, 1896.

_____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXVII, 1899.

- _____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXVIII, 1900.
- _____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXXI. 1903.
- _____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXXII, N° 4, 1904.
- _____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXXIII, N° 6, 1905.
- _____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXXIV, N° 11, 1906.
- _____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXXV, N° 6, 1907.
- _____. *Revista Médica de Chile*. Tomo XXXVI, N° 6, 1908.
- _____. Sesión de la Sociedad Médica del 9 de junio de 1916. *Revista Médica de Chile*. Tomo 44, 1916.
- _____. *Revista Médica de Chile*. Vol. 60, 1932.
- SOLLIER, P. *Les Toxicomanes*. Congrès Français de Médecine. Lille, 1899. Paris. Soc. D'Éditions Scientifiques.
- TOCORNAL, J. Higiene pública. Causas principales de las enfermedades de Santiago, *Anales Universidad de Chile*, Santiago, 1849.
- TORRES PINTO, A. *Asilos para alcohólicos. Como medio de lucha contra el alcoholismo*. Memoria de Prueba para optar al grado de licenciado d la Facultad de Leyes i Ciencias Políticas, Universidad de Chile, 1905.
- TROUSSEAU A. *Lectures on clinical medicine*. Vol. 1. Translated by Basire V. London: New Sydenham Society; 1868.
- UGARTE, Jacinto. Apuntes sobre el Tabaco. *Revista Médica de Chile*. Año 3, Tomo IV. 1875-76.
- VAMPRÉ, Fabricio Carneiro Tupinambá. *Anesthésicos*. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Typ. Lith. Lombaerts e Cia., 1881. P. 2.
- VERGARA FLORES, Luis. Alcoholismo y degeneración. *Revista Médica de Chile*, Tomo XX. 1892.
- VIDAL S., G. Eduardo. *La Anestesia Local con la Solución Novocaína-Adrenalina*. Tese Facultad de Medicina da Universidad de Chile, Santiago, 1915.
- VIVADO, Arturo.; LARSON Carlos, ARROYO, Víctor. La Asistencia Psiquiátrica en Chile. *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* 1939; Vol. 3.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Mauricio de Almeida. *Evolução urbana do Rio de Janeiro*. IPLAN-RIO, Rio de Janeiro 1987.

ABREU, Jean Luiz Neves. *Nos domínios do corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

ADIALA, Julio Cesar. *Drogas, Medicina e Civilização na Primeira República*. Tese. Programa de Pós Graduação em História das Ciências da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

ALMEIDA, Marta de. *Da Cordilheira dos Andes à Isla de Cuba, passando pelo Brasil: os congressos médicos latino-americanos e brasileiros (1888-1929)*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ALVES, Lourence Cristine. *O Hospício Nacional de Alienados: Terapêutica ou higiene social?* Dissertação de mestrado em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro , 2010.

ANKENY, Rachel; LEONELLI, Sabina; NELSON, Nicole C.; RAMSDEN, Edmund. Making Organisms Model Human Behavior: Situated Models in North-American Alcohol Research, since 1950. *Science in Context*, Vol. 27, Nº3, 2014. Pag. 485-509.

ARAYA, Claudia; LEYTON, César. Atrapados sin salida: terapias de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile, 1930-1950. Em Correa Gómez, María y Landaeta Sepúlveda, Romané (cordinadores). *Historizar los cuerpos y las violencias. América Latina, siglos XVII-XXI*. <http://nuevomundo.revues.org/52793?lang=es> Visto em abril de 2015.

ARNÁIZ, Ramón Esteban. Kaiser Kraepelin. Em KRAEPELIN, Emil. *Cien años de Psiquiatria*. Una contribución a la historia de la civilización. Asociación Española de Neuropsiquiatria, Madrid, 1999.

AROCA, Alfredo. Historiografía de la locura. El péndulo de la historia. En *Psikeba: Revista de psicoanálisis y estudios culturales*. Nº 2, 2006.

BECERRA, Mauricio. *De psicosis tóxica a predisposición mórbida: Emergencia de la figura del toxicómano en Chile: 1872 – 1954*. Tese para optar ao título de Periodista, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2009.

BERCHERIE, Paul. *Os fundamentos da Clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico*. Jorge Zahar editor, Rio de Janeiro, 1989.

BERRIOS, German. Jackson and his “The Factors of Insanities”. *History of Psychiatry*. Vol. 12, 2001. Pag. 353–373.

_____ (1996). *Historia de los Síntomas de los Trastornos Mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2013.

BIRMAN, Joel. A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.345-371.

BRAU, Jean Louis. *Historia de las drogas*. Editorial Brugera, Barcelona, 1974.

CÁCERES, Baldomero. Historia, prejuicios y versión psiquiátrica del coqueo andino. *Perú Indígena* 28, Instituto Indigenista Peruano, Lima 1990.

CAMPOS, Ricardo. Locos y criminales. El papel de la ciencia en la configuración del criminal en el siglo XIX. En LEYTON, César; PALACIOS, Cristian. *Industria del delito. Historia de las ciencias criminológicas en Chile*. Museo Nacional de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Santiago, 2014.

CAMUS, Pablo. Filantropía. medicina y locura: La Casa de Orates de Santiago 1852-1894. *Revista Historia*, Vol. 27, 1993. P. 93.

CAPONI, Gustavo. La unidad de tipo en la historia natural de Buffon. *Revista Brasileira de História das Ciências*, Rio de Janeiro, V.1 N°1, Janeiro-Junho, 2008. P. 6-11.

CAPONI, Sandra. Emil Kraepelin y el problema de la degeneración. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol.17, 2010.

_____. Magnan e a classificação das patologias psiquiátricas. *Revista Brasileira de História da Ciência*. Vol. 4, N° 2, p. 167-182, jul – dez, 2011.

CARNEIRO, Henrique. *Filtros, mezinhas e triacas. As drogas no mundo moderno*. Editora Xamã, São Paulo, 1994.

_____. *A fabricação do vício*. Texto apresentado na conferência A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina, no XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG), em 15/07/02, em Belo Horizonte, 2002. Disponível em www.neip.info Acesso em abril de 2014.

_____. As plantas sagradas na história da América. *Varia Historia*, N° 32, Julho, 2004, Belo Horizonte.

CARRARA, Sergio. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Eduerj-Edusp, Rio de Janeiro, 1998.

_____. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. Em HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.

_____; CARVALHO, Marcos. A sífilis e o aggiornamento do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.391-399

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. Edições Graal, Rio de Janeiro, 1991.

CERQUEIRA, Ede Conceição. *A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal: Debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)*. Dissertação de mestrado em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril. Cortiços e epidemias na corte imperial*. Companhia das letras, São Paulo, 1996.

CIOCCA G, Luis; BORQUEZ V, Pamela; BURGOS S, Raúl. Homenaje a los profesores de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Chile. *Revista Médica de Chile*, Vol.136, Nº.5, 2008.

COFFIN, Jean-Christophe. *Heredity, Milieu, and Sin: the works of Bénédicte Augustin Morel (1809-1873)*.

COHEN, David. *Freud e a cocaína*. Editora Record, Rio de Janeiro, 2014.

CORREA, María. Cuerpo y demencia. La fisonomía de la incapacidad en Santiago de Chile (1855-1900). *Historia Crítica*, Enero – Abril 2012.

_____. Exceso Nervioso, Locura y Ciencia Médica en Chile urbano (1840-1860). Em *Anales de Historia de la Medicina*, 2008. Vol. 18.

CORRÊA, Mariza. *As ilusões da liberdade. A Escola. Nina Rodrigues e a Antropologia no Brasil*. Edusp, São Paulo. 1998.

COSTA-CASARETTO, Claudio. ¿Quiénes crearon la Sociedad Médica de Santiago y la Revista Médica de Chile?. *Revista Médica de Chile*. Año 100. Nº 7, julio 1972.

_____. Ideario psiquiátrico del médico de la casa de locos de Santiago en 1862. *Revista Médica de Chile*. Año 108. Nº 6, junio 1980. P. 561.

_____. Condiciones de la asistencia psiquiátrica en Chile durante el último cuarto del siglo XIX. *Revista Médica de Chile*. Año 108. Nº 7, julho 1980.

_____. El alcoholismo en Chile hace cien años. Notas Históricas, *Revista Médica de Chile*, Año 119, Nº 3, março de 1991.

_____. 120 años de la Revista Médica de Chile. Notas Históricas, *Revista Médica de Chile*. Año 120. Nº 7, julio 1992.

COURTWRIGHT, David. *Las drogas y la formación del mundo moderno – breve historia de las sustancias adictivas*. Barcelona. Paidós Contextos, 2002.

COVO, Pedro. John Hughlings Jackson, un científico victoriano. *Acta Neurológica Colombiana*. Vol. 22, 2006. Pag. 259.

CUETO, Marcos. La excelencia en las ciencias biomedicas del siglo XX. Em SALDAÑA, Juan José (org.). *Historia social de las ciencias en América Latina*. México, Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, 1996. p. 481-92.

CUKIERMAN, Henrique. *Yes, Nós Temos Pasteur - Manguinhos, Oswaldo Cruz e a História da Ciência no Brasil*. Relume-Dumará/Faperj, Rio de Janeiro, 2007.

DANTES, Maria Amélia Mascarenhas. Institutos de pesquisa científica no Brasil. *História das Ciências no Brasil*, v. 2. São Paulo, Edusp, EPU, CNPq, 1980.

DAVENPORT-HINES R. *La búsqueda del olvido: Historia global de las drogas, 1500-2000*. Barcelona. Fondo de Cultura Económica; 2004.

DE RAMÓN, Armando. *Santiago de Chile (1541-1991). Historia de una sociedad urbana*. Editorial Sudamericana, Santiago, 2000.

DESVIAT, Manuel. Jean Pierre Falret y la construcción de la clínica psiquiátrica. Em *Clínica de las alucinaciones*. Dor, Madrid, 1997.

DEVÉS, Eduardo. La circulación de las ideas y la inserción de los científicos económicos-sociales en las redes conosureñas durante los largos 1960. *Revista Historia* N° 37 PUC vol. II. Julio- diciembre, 2004.

DUARTE, Luiz Fernando. O nervosismo como categoria nosográfica no começo do século XX. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.313-326.

EADIE, MJ. *Absinthe, epileptic seizures and Valentin Magnan*. J R Coll Physicians Edinb. 2009 Mar;39 (1): 73-8.

EDLER Flávio Coelho. Plantas nativas do Brasil nas farmacopeias portuguesas e europeias. Séculos XVII-XVIII. Em KURY, Lorelai (org.). *Usos e circulação de plantas no Brasil Séculos XVI-XIX*. Andrea Jakobsson Estudio. Rio de Janeiro, 2013.

_____. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 1996, vol.3, N°2, pp. 284-299.

_____. *Boticas & Pharmacias: Uma história ilustrada da farmácia no Brasil*. Casa da Palavra, Rio de Janeiro, 2006.

ENGSTROM, E. J. On the Question of Degeneration by Emil Kraepelin (1908). *History of Psychiatry*, vol. 18, 2007. No.3, 389-398.

ESCOBAR, Enrique. Los Beca en la psiquiatría chilena. *Revista Médica de Chile*. Vol. 128, N°7, 2000.

_____. José Ramón Elguero del Campo (1819-1877). *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, Vol. 38 (2), 2000.

_____. Joaquín Luco Arriagada (1870 - 1945). *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. Vol. 40, N° 2, 2002.

_____. Jerónimo Letelier Grez (1873 - 1934): Primer médico director de la Casa de Orates. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Reseña Histórica, Vol. 43 (3), 2005.

_____. Los tratamientos biológicos en el manicomio nacional chileno (1894-1959). *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, Vol. 19, 2009.

_____. Aportes al nacimiento de la psiquiatría chilena de adultos bajo la influencia de la psiquiatría internacional. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, Vol. 20, 2010.

_____. Las publicaciones psiquiátricas nacionales y sus autores en 150 años de la especialidad: los primeros cincuenta años (1852-1902). *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. Vol. 52, N° 4, 2014.

ESCOHOTADO, Antonio. *Historia General de las Drogas*. Editorial Espasa-Calpe S. A., Madrid, 1999.

FACCHINETTI, Cristiana; VENANCIO, Ana Teresa A. Entre a psicanálise e a degenerescência: sexualidade e doença mental no início do século XX no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Vol. IX, Nº. 1, março, 2006.

_____; CUPELLO, Priscila; EVANGELISTA, Danielle Ferreira. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010. P. 5.

_____; MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, Nº1, jan.-mar, 2013.

FASANO Cecilia. Toxicomanías en la década del '20. Pequeños sucesos argentinos. Em *Estrategias, Psicoanálisis y Salud Mental*. Hospital Dr. Rodolfo Rossi, La Plata, Año 1, N º2, Junho de 2014.

FERLA, Luis. *Feios, sujos e malvados sob medida: A utopia médica do biodeterminismo, São Paulo (1920-1945)*. Alameda, São Paulo, 2009.

FERNÁNDEZ Labbé, Marcos. *Drogas en Chile (1900 – 1970): Mercado, consumo y representación*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2011.

_____. *Enfermedad y vicio: medicina, alcoholismo y patología social. Chile, 1870-1930*. Texto compartilhado com o autor.

FERREIRA, L. O.; MAIO, M. C. e AZEVEDO, N. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, IV(3): 475-491, nov. 1997-fev. 1998

FERRER, Pedro Lautaro. *Historia general de la medicina Chilena*. Talca, 1904.

FIGUEROA, G. Historia de la Psiquiatria. Em HEERLEIN, A. (Ed.). *Psiquiatria Clínica*. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatria y Neurocirugía de Chile. Santiago, 2000.

FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de um hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Alianza Editorial, Madrid, 1986.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. Martins Fontes, São Paulo, 2006.

_____. *El Nacimiento de la Clínica*. Siglo XXI Editores, México, 1966.

FRANÇA, Jean Marcel Carvalho. *História da maconha no Brasil*. Três Estelas editora, São Paulo, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Arquivo Oswaldo Cruz: Inventario analítico*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

FURST, Peter. *Alucinógenos y Cultura*. Fondo de Cultura Económica, México, 1976.

GARCÍA Carnelli, Carlos; CAIRABÚ, Selva. Aspectos farmacognósicos del cannabis. Em *Aporte universitario al debate nacional sobre drogas* (varios autores). Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), Universidad de la República, Montevideo, 2012.

GARCÍA, Emilio. El cerebro como órgano, no substrato, de la mente. Sobre una tesis de Claude Bernard (1872). *Revista de Historia de la Psicología*, Vol. 27, Nº 2/3, 2006.

GARCÍA, Víctor. *Remedios secretos, drogas heroicas y medicinas de patente: una historia de la regulación de los medicamentos en Antioquia, 1900-1940*. Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2008.

GELLER, Tom. Cannabinoids: A Secret History. *Chemical Heritage Magazine*, Summer. 2007, Vol. 25, No. 2, p32.

<http://connection.ebscohost.com/c/articles/25388657/cannabinoids-secret-history>

Visto em agosto, 2014.

GONÇALVES, Monique; EDLER Coelho, Flavio. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, Nº 2, p. 393-410, junho 2009.

GONZÁLEZ Varela, Alberto. Centenario De La Primera Anestesia Raquídea (1898-1998). Homenaje Al Dr. August Karl Gustav Bier. Em *Revista Argentina de Anestesiología*, 1999, Vol. 57 (2).

http://www.clasa-anestesia.org/revistas/argentina/HTML/ArgCentenario_De_La_Primer_Anestes.htm Visto em abril de 2015.

HACKING, Ian. *Ontologia histórica*. São Leopoldo, RS: Editora Unisinos, 2009.

_____. *Representing and Intervening. Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science*. Cambridge University Press, Cambridge, 1986.

HARRIS, Ruth. *Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no fim de siècle*. Editora Rocco, Rio de Janeiro, 1993.

HIGGINS Luis. *Cronohistoriografia de la anestesiología*.

<http://www.anestesia.com.mx/histor2.html> Visto em abril de 2015.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política pública de saúde no Brasil*. Editora Hucitec, São Paulo, 2012.

HUNTER, Richard A., and MCALPINE, Ida. *Three Hundred Years of Psychiatry, 1535-1860: A History Presented in Selected English Texts*. London: Oxford University Press, 1963.

ILLANES, María Angélica. *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973*. Impresión La Unión, Santiago, 1993.

KLEIN Leichman, A. The Israeli Pharmacologist Who Kick-Started Marijuana Research. Em *Israel21c.org*, 14 de mayo de 2012. <http://www.israel21c.org/people/the-israeli-pharmacologist-who-kick-started-marijuana-research/> Visto em setembro, 2014.

LANCZIK, M. (1992). Karl Kahlbaum (1828-1899) and the Emergence of Psychopathological and Nosological Research in German psychiatry. *History of Psychiatry* 3, 1992 Mar;3 (9).

LATOUR, Bruno & WOOLGAR, Steven [1979]. *A Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1997.

_____. *Ciência em Ação. Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Unesp, São Paulo, 1998.

LAVAL, Enrique. *Botica de los Jesuitas de Santiago*. Asociación Chilena de Asistencia Social, Santiago, 1953.

_____. El cólera en Chile (1886-1888). *Revista Chilena de Infectología*, Edición aniversario. Vol. 20, 2003.

_____. Historia de las grandes etapas de la Cirugía en Chile. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*. Año (Vol.) 16 N° 2, noviembre 2006.

_____. Sobre el "Informe médico-legal de la epidemia de viruela reinante en Valparaíso en 1865", del Doctor Manuel Antonio Carmona. *Revista Chilena de Infectología*. 2012, vol.29, N°2.

LEÓN, Marco. Por una "necesidad de preservación social": Cesare Lombroso y la construcción de un 'homo criminalis' en Chile (1880-1920). *Cuadernos de Historia 40*. Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile, junio, 2014.

LEYTON, César. Historia de la ortopedia urbana 1870-1930. *Cyber Humanitatis* N° 35, Invierno 2005.

_____. La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940. *Revista FRENIA*, Vol. VIII-2008. P. 263.

_____ & HUERTAS, Rafael. Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile. La techno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875). *Revista Dynamis*, 2012; 32 (1).

_____; PALACIOS, Cristian. *Industria del delito. Historia de las ciencias criminológicas en Chile*. Museo Nacional de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Santiago, 2014.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. Em MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

LIPSCHUTZ, Alejandro. *50 años de endocrinología sexual*. Editorial Andrés Bello, Santiago, 1959.

MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010.

MARTINS Torcato, Carlos. *Discurso médico e punitividade penal: A repressão aos "tóxicos" em Porto Alegre no final dos anos 1920*. Monografía apresentada ao Curso de especialização em segurança pública e cidadania da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MEDINA, Eduardo & TORO, Jorge. Sinopsis sanitaria chilena. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*. 2007; Vol. 17. P. 78.

MELO Pesqueira, André. *Ópio tropical: a cannabis e a questão das drogas no Brasil (1915-1949)*. Monografia da Licenciatura e Bacharelado em Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MÉRIDA, Cristiane Brandão Augusto. *O cérebro criminógeno na antropologia criminal do século XIX: um estudo sobre a etiologia do crime a partir da medicalização da sociedade*. Marca Gráfica Editora, Rio de Janeiro, 2010.

MOGEY, G. A. Centenary of Hypodermic Injection. *British Medical Journal*, Nov 28; 2(4847), 1953.

MOLINA, C. *Institucionalidad sanitaria chilena. 1889-1989*. LOM Ediciones, Santiago, 2010.

MUÑOZ, Eduardo. *Endemoniadas, Locas y Criminales: Representaciones y Ordenamiento Social de las mujeres desde el paradigma psiquiátrico. Chile 1852-1928*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia, Santiago, 2012.

MURILLO Baeza, Gustavo Adolfo. Reseña Histórica del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”. Em *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2002.

MUSTO, Davis. *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. Oxford University Press, Oxford, 1999.

NUNES, Sílvia Alexim. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.373-389.

NYE, Robert. *Crime, Madness and Politics in modern France. The Medical Concept of National Decline*. Princeton-NJ. Princeton University Press, 1984.

ODA, Ana Maria. Nina Rodrigues e a loucura epidêmica de Canudos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Janeiro de 2012 - Vol.17 - Nº 1. P. 139-144.

_____; BANZATO, Claudio Eduardo; DALGALARRONDO, Paulo. Some origins of cross-cultural psychiatry. *History of Psychiatry*, Vol. 16, No. 2, 155-169 (2005).

_____; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, Nº 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005. P. 958.

OSORIO, Carlos. Sobre el origen de la Bacteriología Experimental en Chile. *Revista Médica de Chile*. Vol. 138, 2010.

PEARCE, J. M. S. Marie-Jean-Pierre Flourens (1794-1867) and cortical localization. *European Neurology*. Vol. 61, No. 5, 2009. P. 312.

PÉREZ Padilla, Matías. Hacia una historia de la Higiene Pública. El concepto de Higiene como mecanismo de control social en Santiago de Chile (1870-1930). Em *Control social y objetivación: Escrituras y tránsitos de las ciencias en Chile*. Grupo de Estudios en Historia de las Ciencias, GEHC, Universidad de Chile, Santiago, 2012.

PINEL, Philippe. *Tratado médico filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Ed. UFGRS, Porto Alegre, 2007.

PORTER, Roy & TEICH, Mikulás. *Drugs and narcotics history*. Cambridge University Press, New York, 2011.

_____. *Das tripas coração. Uma breve história da medicina*. Editora Record, Rio de Janeiro, 2004.

PORTOCARRERO, Vera Maria. *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Coleção Loucura & Civilização, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

RAMOS, Fernando A. da Cunha. Jean-Pierre Falret e a definição do método clínico em psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, Vol. 13, Nº 2, Junho, 2010.

RAMOS, Fernando A. de Cunha. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 2, Junho, 2012.

ROA Armando. Consideraciones sobre la evolución de la psiquiatría chilena. *Revista Médica de Chile*, 1972. Ano 100.

_____. *Demonio y Psiquiatría*. Santiago, Chile. 1974. Editorial Andrés Bello.

RODRIGUEZ de Romo, A. & BORGSTEIN, J. Claude Bernard and Pancreatic Function revisited after 150 years. *Vesalius*, Vol. V (1), 1999.

ROELCKE, Volker. Biologizing social facts: an early 20th century debate on kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry* 21, 1997.

ROSE, Nikolas [2007]. *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Editorial Universitaria Unipe, La Plata, 2012.

SAAD, Luísa Gonçalves. *“Fumo de negro”: A criminalização da maconha no Brasil (1890-1932)*. Dissertação do Programa de Pós-Graduação em História Social da Universidade Federal da Bahia, Salvador de Bahía, 2013.

SAGREDO, Rafael. Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías. Em *Historia de la Vida Privada en Chile. Vol. 2: El Chile Moderno, de 1840 a 1925*. Org. Rafael Sagrado y Cristián Gazmuri. Aguilar Ediciones, Santiago, 2005.

SALAS, G. *Períodos históricos de la psicología en Chile*. Primeras aproximaciones. Ponencia presentada en el II Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología, COLAEPSI, Asunción, Paraguay, 2009.

SALDAÑA, Juan José. Teatro científico americano. Geografía y cultura en la historiografía latinoamericana de la ciencia. Introducción. Em SALDAÑA, Juan José (coordinador). *Historia social de las ciencias en América Latina*, UNAM/M, Ciudad de México, 1996.

SALES, Eliana. Aspectos da história do álcool e do alcoolismo no século XIX. Em *Escritos sobre a saúde, doenças e sociedade*. UFPE. Cadernos de História, Ano VII Nº 7, 2010.

SANDRONE, S., & ZANIN, E. David Ferrier (1843-1928). *Journal of Neurology*, 261(6). 2014.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas. *Alcoolismo: a invenção de uma doença*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, UNICAMP-IFCH, 1995.

_____ & VERANI, Ana Carolina. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 2010, vol.17, supl.2.

SCHWARCZ, Lila Moritz. *Espetáculo das raças – cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 – 1930)*. Cia. das Letras, São Paulo, 1993.

SEPÚLVEDA, Rafael. Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiátrica en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 3-4, 1998.

SERPA JR., Octavio Domont de. O degenerado. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010.

SILVA, Maria de Lourdes. *Drogas, da medicina à repressão policial: A cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945*. Tese de doutorado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SOUZA, Elemir Macedo de. Há 100 anos, a descoberta do Treponema pallidum. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(5), 2005.

STEPAN, Nancy Leys. Medicina tropical e saúde pública na América Latina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 4, Nº 3, Nov. 1997.

_____. A hora da eugenia. Raça, gênero e nação na América Latina. Editoria Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

TEIVE, HÉLIO A G, SÁ, DANIEL, SILVEIRA NETO, OCTAVIO, SILVEIRA, OCTAVIO A. DA, & WERNECK, LINEU CESAR. (1999). Professor Antonio Austregésilo: o pioneiro da neurologia e do estudo dos distúrbios do movimento no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(3B).

TEIXEIRA, Manoel Olavio. O método empírico-indutivo e suas relações com a psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (12), 1995.

_____. Nascimento da psiquiatria no Brasil. Em *Noção de Pessoa e Institucionalização dos Saberes Psicológicos no Brasil*. Cadernos IPUB, Nº 8, 1997.

_____. Os primórdios da medicina mental no Brasil e o bruxo de Cosme Velho. *Cadernos IPUB*, vol. VI, Nº 18. Pp. 84’101.

_____; RAMOS, Fernando A. de Cunha. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo , v. 15, Nº 2, June 2012.

VENANCIO, Ana Teresa; A. CARVALHAL, Lázara. A classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira. Em JACÓ-VILELA, A. M. et al. (orgs.) *Clio-Psyche Ontem – Fazer e Dizer Psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001.

_____. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, vol. 10(3), set.-dez. 2003.

_____; FACCHINETTI, Cristiana. ‘Gentes provindas de outras terras’: ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.8, Nº2, 2005.

_____ ; CARVALHAL, Lázara de Azevedo. Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro. Em *Psicologização no Brasil: atores e autores*. organizado por Luiz Fernando Dias Duarte, Jane Russo, Ana Teresa A. Venancio. Contra Capa, Rio de Janeiro, 2005.

_____. Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010.

VIMIEIRO Ana Carolina Gomes. *Uma Ciência Moderna e Imperial: a fisiologia brasileira no final do século XIX (1880-1889)*. Tese Programa de Pós-Graduação em História, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

WAUGH, M. A. Alfred Fournier, 1832-1914, His influence on venereology. *British Journal of Venereal Diseases*. Vol. 50(3), 1974.

WAWERSIK, J. History of chloroform anesthesia. *Anaesthesiol Reanim*. 1997;22(6).

WEINBERG, Bennett Alan & BEALER, Bonnie. *El mundo de la caféina*. Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México, 2012.

WEISSMANN, Patricia. Degenerados y viciosos. Primeras conceptualizaciones acerca de las toxicomanías en la Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 12, Mar del Plata, 2001.

_____. Morfinomanía y defensa social. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2001, N ° 78. <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas12/1a%20parte.htm> Visto em setembro, 2014.