

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

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

DENIS GUEDES JOGAS JUNIOR

**UMA DOENÇA AMERICANA? A
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NA
PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM
MEDICINA TROPICAL (1909 – 1927)**

Rio de Janeiro

2014

DENIS GUEDES JOGAS JUNIOR

**UMA DOENÇA AMERICANA? A LEISHMANIOSE
TEGUMENTAR NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM
MEDICINA TROPICAL (1909 – 1927)**

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: Prof^a Dr^a Nísia Trindade Lima

Coorientadora: Prof^a Dr^a Dominichi Miranda de Sá

Rio de Janeiro

2014

DENIS GUEDES JOGAS JUNIOR

**UMA DOENÇA AMERICANA? A LEISHMANIOSE
TEGUMENTAR NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM
MEDICINA TROPICAL (1909 – 1927)**

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

Prof^a. Dr^a. Nísia Trindade Lima (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientadora

Prof^a. Dr^a. Dominichi Miranda de Sá (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/ COC - Fiocruz) – Coorientadora

Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt (Instituto Leônidas Maria Deane – Fiocruz/AM)

Prof^a. Dr^a. Simone Petraglia Kropf (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/ COC - Fiocruz)

Suplentes:

Prof. Dr. André Felipe Silva Cândido da Silva (Programa de Pós-Graduação em História Social/ USP)

Prof^a. Dr^a. Magali Romero de Sá (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/ COC - Fiocruz)

Rio de Janeiro

2014

J64d Jogas Junior, Denis Guedes.

Uma doença americana? A Leishmaniose Tegumentar na produção de conhecimento em medicina tropical (1909-1927). / Denis Guedes Jogas Junior. – Rio de Janeiro: s.n., 2014.
131 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2014.

Bibliografia: f. 126-131.

1. Leishmaniose - história. 2. Medicina tropical. 3. Saúde Pública. 4. História das doenças. 5. Brasil.

CDD 616.9364

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não seria possível sem as diferentes contribuições recebidas ao longo de todo o período relacionado à confecção desta dissertação. Por isso, mesmo correndo o risco de cometer injustiças e esquecimentos, quero deixar registrados sinceros agradecimentos aos meus principais incentivadores e colaboradores tanto na área acadêmica quanto na pessoal. Sem sombras de dúvidas, o desenvolvimento deste trabalho só foi possível devido aos conhecimentos, o apoio e as experiências que me foram proporcionados a partir do momento em que iniciei as minhas atividades como bolsista de Iniciação Científica no Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz na Fiocruz. Este processo foi aprofundado com meu ingresso no curso de mestrado da mesma instituição no *Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS – COC/FIOCRUZ)*, no qual, sendo bolsista do CNPq, tive a oportunidade de desenvolver esta dissertação. Concomitantemente a este processo acadêmico, foi de igual importância à participação de pessoas que estiveram ao meu lado proporcionando apoio e incentivo para o enfrentamento desta longa jornada que a área de História nos exige, e, por isso, também merecem os meus sinceros agradecimentos.

De início gostaria de agradecer as pesquisadoras Nísia Trindade Lima e Dominichi Miranda de Sá pelo alto nível de competência com que conduziram a minha orientação desde o início da Iniciação Científica. Como já frisei diversas vezes, em outras oportunidades, me considero um privilegiado por trabalhar com duas pessoas reconhecidamente qualificadas para o exercício de suas funções e que, certamente, me ensinaram a ser um profissional mais competente e completo. Nísia e Dominichi formaram uma formidável dupla de orientadoras que se complementavam e me propiciaram uma visão mais ampla das questões de pesquisa de uma maneira que poucos mestrandos têm a sorte de conseguir. Foi através de indicações e sugestões surgidas durante as nossas reuniões de orientação somadas aos primeiros levantamentos de fontes primárias em arquivos públicos que me levaram a realizar este trabalho em um terreno de conhecimento que há pouco tempo ignorava por completo e hoje considero extremamente relevante e prolífero para a pesquisa histórica.

Talvez a experiência mais enriquecedora durante todo o percurso desta pesquisa tenha sido a minha viagem a Manaus com objetivos de participar do *I Seminário em História das Ciências na Amazônia* e de realizar levantamentos de fontes primárias nas diferentes instituições sediadas na capital manauara, e, em especial, no *Instituto Geográfico e Histórico*

do Amazonas (IGHA). Foi nesta viagem, que considero um divisor de águas na minha pesquisa, que comecei a perceber a relevância da discussão sobre as leishmanioses no cenário médico brasileiro no início do Século XX. Não posso deixar de agradecer ao pesquisador Júlio Santos da Silva por se dispor a me apresentar as diferentes instituições de pesquisa, sediadas nesta cidade, que julgou relevantes para a execução do meu levantamento de fontes primárias. Também devo agradecimentos à equipe coordenada por José Geraldo Xavier dos Anjos no IGHA e formada pela Luciana Gil, Sergio Pessoa e Olga Almedia pelos imensos auxílios prestados no exame do material encontrado neste arquivo.

Gostaria de agradecer também a todo o corpo docente do *Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde* e, em especial, ao Gilberto Hochman, ao Robert Wegner, a Magali Romero Sá, ao Luis Antonio Teixeira, ao Luiz Otávio Ferreira e a Nara Azevedo, por terem ministrado as disciplinas que cursei durante o mestrado. Além destes docentes, também quero registrar meus agradecimentos a Simone Kropf e ao Julio Cesar Schweickardt pelas relevantes sugestões feitas em minha banca de qualificação. Certamente os conhecimentos adquiridos durante o período das disciplinas somado as sugestões da banca de qualificação foram cruciais para o resultado final deste trabalho tanto em termos cognitivos como também na organização e na estrutura da minha dissertação.

Não tenho palavras para expressar a importância do pesquisador Mauro Marzochi na elaboração desta dissertação. O que, acertadamente, posso afirmar é que esse trabalho jamais seria o mesmo sem a sua colaboração e a sua acessibilidade. Além de me fornecer fontes primárias importantíssimas para a análise histórica, Marzochi também me explicou questões caríssimas, com uma imensa paciência, para a compreensão das questões envolvidas nesta seara denominada leishmanioses. Espero, sinceramente, que este trabalho acadêmico no campo da História das Ciências esteja à altura das expectativas de alguém que se consolidou como uma das maiores referências brasileira no que diz respeito às leishmanioses e às leishmanias.

Gostaria de agradecer também aos integrantes dos grupos de pesquisas do PPGHCS que participei e muito me auxiliaram no desenvolvimento desse trabalho. Agradeço ao Andre Vasquez, a Erika Carvalho, a Vanessa Pereira, a Ingrid Casazza e a Júlia Gorges pela leitura e pelos comentários do primeiro projeto de artigo que elaborei sobre as leishmanioses no Amazonas, logo após minha viagem a Manaus. Também agradeço a Tamara Rangel, a Carolina Arouca, a Rachel Viana e a Larissa Velasquez pela leitura do meu Dossiê de

Qualificação e suas sugestões: sem dúvidas o auxílio advindo dos grupos de pesquisas foi importantíssimo para o desenvolvimento deste projeto.

Gostaria de agradecer também a todo o corpo técnico-administrativo da Casa de Oswaldo Cruz pelo excelente trabalho que realizam cotidianamente nesta instituição. Especialmente ao Paulo Chagas, a Maria Cláudia Santo e o Sergio Paixão que compõem a Secretaria Acadêmica, ao Nelson Nascimento Silva e ao Cleber Caldeira do Departamento de Pesquisa, ao Cris da Xerox e a Eneida Guerra, a responsável pela secretaria da Vice-Presidência de Ensino, informação e Comunicação da Fiocruz. Também rendo agradecimentos a Tarcila Peruzzo da Biblioteca de Obras Raras da Fiocruz, a Vanessa Zampier e a Milene Perreira da Biblioteca da Sociedade Brasileira de Dermatologia e ao Jean Maciel do Acervo Histórico da Casa de Oswaldo Cruz pela ajuda na localização de fontes primárias no desenvolvimento deste estudo.

Para além desses que me auxiliaram na minha trajetória acadêmica, também devo meus agradecimentos àqueles que sempre estiveram comigo e foram de grande importância para a elaboração desta dissertação. De início gostaria de agradecer aos membros minha família, Denis Guedes Jogas, Ely Moreira Branco Jogas, Diogo Moreira Branco Jogas e Natasha Moreira Branco Jogas, por todo o incentivo, carinho e apoio que me proporcionaram cotidianamente. Também gostaria de agradecer aos meus amigos mais próximos tanto de infância como Bruno Ornellas, Vitor Moreno, Rick Carneiro, Marcos e Rafael Muller, Patrick Bettini, Walter Jogas, Amanda Souza, Marta Perreira e Marcela Cardoso, quanto aos meus amigos da faculdade de História, Leonardo Diniz, Rodrigo Ramos, Jorge Santana, Victor Sabino e Bruno Cesar Souza.

Gostaria de deixar registrado meu agradecimento especial a Camila Menegardo Mendes por todos os anos que compartilhamos juntos. A despeito de me faltarem palavras para definir a importância da Camila na minha trajetória profissional e na minha vida, posso afirmar, sem dúvidas, que o seu carinho, companhia e apoio foram fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação. Espero que continuemos a compartilhar novos desafios e, sobretudo, grandes conquistas.

Agradeço também as pessoas que, de certa forma, conseguem me provocar estimulando reflexões e pensamentos sobre a vida. A todos esses, minha gratidão pelos conhecimentos transmitidos.

Por fim agradeço ao CNPq pelo financiamento e por tornar possível esta pesquisa.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar debate científico, ocorrido nas primeiras décadas do século XX, a respeito das diferentes manifestações patogênicas que passariam a ser agrupadas, em 1906, sob a denominação de leishmanioses e, em especial, aquelas consideradas “americanas”. O processo de construção de conhecimento científico sobre esse grupo de moléstias mobilizou médicos e instituições de pesquisa de diferentes nacionalidades que estavam envolvidos na institucionalização do campo da medicina tropical. Envolvidos em uma controvérsia sobre a caracterização de quadros clínicos e agentes patógenos individualizados do continente sul-americano, os pesquisadores interessados na problemática representada pelas leishmanioses buscavam entender os motivos pelos quais as manifestações patogênicas observadas nestes territórios apresentavam características diferenciadas quando comparadas aos quadros de leishmaniose cutânea conhecidos na Europa, Ásia e África.

Nessa ocasião, a região amazônica foi um palco de fundamental importância para o conhecimento, a observação e a validação dos diferentes quadros clínicos e parasitológicos das manifestações de leishmanioses existentes neste continente, propiciando visibilidade internacional aos médicos e as instituições de pesquisas presentes nesses territórios, sobretudo no Brasil. Com diferentes explicações dos motivos que levavam protozoários morfológicamente idênticos a provocarem doenças absolutamente diferentes, pesquisadores sul-americanos e europeus publicavam considerável quantidade de artigos em periódicos científicos e escreviam manuais de medicina tropical que tinham por objetivo entender as características e as peculiaridades de cada uma das manifestações que passavam a compor um grupo de doenças denominado leishmanioses.

Palavras-chave: História; História das Ciências; Medicina Tropical; *Leishmania*; Leishmaniose Tegumentar Americana; Amazônia.

ABSTRACT

This work aims to analyze scientific debate occurred in the first decades of the twentieth century, about the different pathogenic manifestations that would be grouped in 1906 under the name of leishmaniasis and in particular, those considered “American”. The process of building scientific knowledge about this group of diseases mobilized doctors and researchers of different nationalities who were involved in the institutionalization of the field of tropical medicine. Involved in a controversy about the characterization of clinical manifestations and pathogenic agents of the South American continent, researchers interested in the problem posed by leishmaniasis sought to understand the reasons for which the pathogenic manifestations observed in these territories had different characteristics when compared to the frames of cutaneous leishmaniasis known in Europe, Asia and Africa.

On this occasion, the Amazon region was a stage of fundamental importance for the knowledge, observation and validation of different clinical and parasitological manifestations of existing leishmaniasis in South America, providing international visibility to the doctors and research institutions present in these regions, particularly in Brazil. With different explanations of the reasons that led protozoa morphologically identical to cause different diseases, South American and European researchers published considerable quantities of articles in scientific journals and wrote manuals of tropical medicine which aimed to understand the characteristic and peculiarities of each manifestation that started to compose a group of diseases known as leishmaniasis.

Key-words: History; History of Science; Tropical Medicine; *Leishmania*; American Tegumentary Leishmaniasis; Amazon.

Lista de siglas:

BSPE – *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique.*

DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública.

FMRJ – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

IGHA – Instituto Geográfico e Histórico do Amazonas.

IOC – Instituto Oswaldo Cruz.

LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana.

MAIC – Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia.

SPE – *Société de Pathologie Exotique.*

UF – Unidade Federativa.

SUMÁRIO

Introdução	pág. 12
CAPÍTULO 1: As leishmanioses e a medicina tropical (1886 – 1910)	pág. 23
1.1 – Imperialismo, hospedeiros intermediários e doenças: a emergência da medicina tropical.....	pág. 25
1.2 – A medicina tropical e o gênero <i>Leishmania</i>	pág. 34
1.3 – O <i>Kalazar</i> e o <i>Oriental sore</i> no <i>Tropical Diseases</i>	pág. 42
CAPÍTULO 2: A leishmaniose no Brasil (1894 – 1913)	pág.46
2.1 – Microbiologia, medicina tropical e saúde pública.....	pág. 48
2.2 – Os projetos de modernização republicana e as pesquisas sobre leishmaniose no Brasil: a expedição de Carlos Chagas ao vale do Amazonas.....	pág. 55
CAPÍTULO 3: Uma doença americana? Os primeiros estudos sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e a <i>Leishmania braziliensis</i> (1910 – 1927)	pág. 70
3.1 – Os estudos sobre a leishmaniose no continente americano: a defesa da individualização americana.....	pág. 72
3.2 – Os estudos sobre a leishmaniose no continente americano: a defesa da identidade com o Oriente.	pág. 89
3.3 – As leishmanioses e os seus hospedeiros intermediários: os flebotomíneos e os caminhos da profilaxia.	pág. 96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	pág. 112
ANEXOS	pág. 116
FONTES PRIMÁRIAS	pág. 119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág. 126

INTRODUÇÃO

As leishmanioses constituem um complexo de antropozoonoses¹, predominantemente rurais, de transmissão vetorial, ocasionadas por 22 espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, com diferentes manifestações patogênicas que acometem seres humanos e animais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) são classificadas como doenças tropicais negligenciadas², endêmicas em mais de 98 países e territórios dos quatro continentes, com estimativas de, aproximadamente, 2 milhões de novos casos por ano e de 350 milhões de pessoas vivendo em áreas com risco de contraí-las.³

Frequentemente, esse grupo de doenças é dividido em três modalidades de manifestações patogênicas distintas: as viscerais (forma mais grave, com 90% dos casos registrados em Bangladesh, Brasil, Etiópia, Índia, Nepal e Sudão), as cutâneas (com 90% dos casos registrados no Afeganistão, Arábia Saudita, Argélia, Brasil, Irã, Peru, Síria e Sudão) e as mucocutâneas (com 90 % dos casos registrados na Bolívia, Brasil e Peru). Seu tratamento, baseado na aplicação de antimonial pentavalente, embora relativamente eficaz, é considerado pela OMS “prolongado, potencialmente tóxico e doloroso”⁴, sendo altamente recomendados, pela organização, a pesquisa e o desenvolvimento de novos medicamentos e estratégias de combate para esse grupo de doenças.

Atualmente a única forma de prevenção continua sendo o combate às diferentes espécies de flebotomíneos⁵ dos gêneros *Phebotomus* (Velho Mundo) e *Lutzomyia* (Novo

¹ De acordo com a Sociedade Brasileira de Parasitologia, antropozoonoses são “doenças primárias de animais que podem ser transmitidas aos seres humanos. Disponível em: http://www.parasitologia.org.br/estudos_glossario_Z.php. Acesso em 18/04/2013.

² Segundo o “Trabalhando para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas - Primeiro Relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas”, a leishmaniose tegumentar faz parte de um grupo de doenças tropicais negligenciadas que, “embora sejam diversificadas do ponto de vista médico”, “constituem um grupo, uma vez que todas estão fortemente associadas à pobreza, todas proliferam em ambientes empobrecidos e todas sobrevivem melhor em ambientes tropicais, onde tendem a coexistir”. OMS. “Trabalhando para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas - Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas”. Disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44440> acessado em 09/05/2013.

³ Lista de doenças negligenciadas. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9417&Itemid=40250. Acesso em 03/06/2014.

⁴ OMS. *Trabalhando para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas - Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas*, Op. cit, p. 95.

⁵ Popularmente conhecidos como mosquito palha ou birigui, os flebotomíneos têm a seguinte classificação taxonômica: Ordem díptera; Família Psychodidae; Sub-Família Phlebotominae. BASANO, S. & CAMARGO, L. M. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol. 7 n. 3, 2004.

Mundo), que agem como os seus principais vetores e hospedeiros intermediários. No continente americano, com exceção do Chile e do Uruguai, os flebotômíneos podem ser encontrados em toda a região compreendida entre o extremo sul dos Estados Unidos e o norte da Argentina⁶. São 11 as espécies de protozoários do gênero *Leishmania* encontradas nesse continente, mas, devido à predominância das formas mucocutâneas e cutâneas atípicas (*espundia e uta*), as manifestações mórbidas causadas por esses protozoários são reunidas, nesta região, sob a denominação de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA).

No Brasil, país endêmico com maior número de casos no continente americano, e onde existem registros de suas ocorrências em todas as Unidades Federativas (UF), a LTA é qualificada, pelo Ministério da Saúde, como:

Uma das afecções dermatológicas que merece mais atenção, devido à sua magnitude, assim como pelo risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, e também pelo envolvimento psicológico, com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos casos, pode ser considerada uma doença ocupacional.⁷

A região norte do país, sobretudo os estados da federação que compõem a chamada Amazônia legal⁸, apresentam coeficientes médios de detecções de LTA altíssimos, que, quando comparados aos demais coeficientes regionais, e ao nacional, chegam a ser até cem vezes maiores.⁹ A variedade de flebotômíneos e de protozoários do gênero *Leishmania* encontrados nesses territórios, ligados a um clima e a um ambiente propícios para o seu

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. *Manual de vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana* – 2ª ed. – Brasília: Ed. Do Ministério da Saúde, 2007, p. 13.

⁷ *Ibidem*, p 17.

⁸ A Amazônia Legal é uma área que corresponde a 59% do território brasileiro e engloba a totalidade de oito estados (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins) e parte do Estado do Maranhão, perfazendo 5,0 milhões de km². Nela residem 56% da população indígena brasileira. O conceito de Amazônia Legal foi instituído em 1953 e seus limites territoriais decorrem da necessidade de planejar o desenvolvimento econômico da região e, por isso, não se resumem ao ecossistema de selva úmida, que ocupa 49% do território nacional e se estende também pelo território de oito países vizinhos. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2154:catid=28&Itemid=23. Acesso: 03/06/2014.

⁹ De acordo com o Ministério da Saúde, em 2011, o maior coeficiente regional apresentado foi o da região norte, com um índice de 53,4 casos para cada 100.000 habitantes, com destaque para o estado do Acre que apresentou o maior índice estadual dessa região com 117,6 casos para cada 100.000 habitantes. Enquanto isso, o menor índice regional medido, em 2011, foi o da região sul, que apresentou um índice de 1,2 casos para cada 100.000 habitantes, com destaque para o Rio Grande do Sul que não teve nenhum caso detectado nesse ano. O índice nacional de 2011 foi de 11,1 casos para cada 100.000 habitantes. BRASIL. Ministério da Saúde. “Coeficiente de Detecção de Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por 100.000 habitantes. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federativas. 1990 a 2011”, 2011.

desenvolvimento e sua proliferação, fazem com que as leishmanioses ainda se configurem como graves problemas de saúde pública nessa região.

A construção de conhecimento sobre esse grupo de doenças é um processo que se iniciou no começo do século XX com a proposição e a disseminação dos preceitos e das práticas da doutrina microbiana, a partir das quais foram sendo construídas novas maneiras de se entender as questões relacionadas à natureza das doenças infecciosas. Nessa ocasião, através das proximidades morfológicas observadas entre os agentes patógenos de duas distintas manifestações mórbidas, secularmente conhecidas como calazar e botão do Oriente, é evidenciada uma relação de identidade entre elas, fazendo com que fossem agrupadas sob a denominação de leishmanioses.

Durante a década de 1910, esse processo de agrupar moléstias sob a alcunha de leishmanioses se ampliou com a incorporação de novas manifestações patogênicas associadas a protozoários desse gênero observadas e relatadas na América do Sul. A proposição da existência de manifestações mórbidas de leishmanioses, que, no entanto, seriam próprias da região sul-americana, ocasionou um longo debate científico envolvendo médicos e pesquisadores de diferentes nacionalidades durante as primeiras décadas do século XX.

Nessa oportunidade, os personagens participantes deste debate objetivavam definir, sobretudo, questões relacionadas aos seus mecanismos de contágio, além de buscarem sinais diferenciais entre os protozoários encontrados na América e aqueles responsáveis por úlceras cutâneas endêmicas do Oriente. Devido à sua amplitude geográfica, esse grupo de doenças fomentou uma produção de conhecimento científico desenvolvida tanto por centros de pesquisas europeus, que buscavam dar respostas a problemas sanitários relacionados às suas áreas coloniais, como também por centros de pesquisas sul-americanos no enfrentamento de doenças atreladas às suas realidades locais.

David Arnold já demonstrou que o desenvolvimento da medicina ocidental guardou íntimas relações com os empreendimentos imperialistas praticados por europeus em regiões tropicais do globo terrestre¹⁰. Como ressaltou Sandra Caponi, nessa oportunidade, os países da Europa, que se configuravam como os principais centros de produtores de conhecimento científico, enviaram seus médicos, laboratórios e conhecimentos para áreas tropicais de seus

¹⁰ ARNOLD, D. Medicine and colonialism. In: BYNUM, W. & PORTER, R. (eds.) Companion Encyclopedia of History of Medicine. London, New York. Routledge, pp. 1393 - 1416, 1996, p. 1395.

domínios com o objetivo de oferecerem soluções para os problemas sanitários enfrentados nestas regiões que representavam um dos principais obstáculos ao domínio europeu.¹¹

Segundo Nancy Stepan, um dos mais marcantes resultados desse deslocamento de médicos e pesquisadores da Europa foi a cristalização de uma radical diferenciação das manifestações mórbidas encontradas em regiões tropicais e temperadas.¹² Com a proposição das bases da medicina tropical por Patrick Manson e, sobretudo, do conceito de hospedeiro intermediário vivo por Ronald Ross, no final do século XIX, foi sendo forjada uma nova maneira de se compreender e enfrentar as doenças prevalentes nas regiões de clima quente que contavam com a participação de insetos hematófagos no desenvolvimento do ciclo de vida de seu agente etiológico, como nos casos da malária, da febre amarela e da doença do sono.

A partir de então, o conceito de hospedeiro intermediário vivo resultou em um modelo de investigação que seria aplicado para dar respostas a diferentes desafios sanitários. Centrando suas forças no combate ao vetor, uma nova disciplina denominada medicina tropical buscou sua especificidade a partir de estudos relacionados aos mecanismos de transmissão das doenças, aos ciclos evolutivos dos parasitos e suas interações com os hospedeiros e com o ambiente em que se encontravam.¹³

Michael Worboys analisou a formação da medicina tropical e suas relações com as políticas imperialistas europeias para com as regiões tropicais. De acordo com esse autor, com os objetivos de garantir a estadia saudável do colonizador em seu território de domínio e de dar combate à ideia que associava essas regiões tropicais a um cemitério de homens brancos, os preceitos desse novo campo de atuação, ensino e pesquisa passaram a ser considerados como um importante elemento do projeto imperialista. Para além de sistematizar uma nova maneira de dar resposta às moléstias que representavam desafios ao imperialismo:

The practical promise of the new specialism became incorporated into state policies and programmes and into the wider goals of ‘constructive imperialism’. The spectre of the ‘White man’s grave’ had diminished, but it still haunted certain áreas, especially West Africa, and governments and

¹¹ CAPONI, S. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, pp. 113 – 149, 2003, p. 114.

¹² STEPAN, N. “The new tropical pathology”, *Picturing tropical nature*. Ithaca: Cornell University Press, pp. 149 – 179, 2001, p. 155.

¹³ CAPONI, S. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *Op. cit.*, p. 136.

colonoal interests continued to regard disease as a factor inhibiting colonial investment and trade.¹⁴

No Brasil, uma vasta literatura no campo da História das Ciências já demonstrou que o desenvolvimento do campo da medicina tropical esteve intimamente relacionado ao desenvolvimento dos projetos de modernização republicana e, por conseguinte, a expedições médico-científicas, sobretudo aquelas realizadas por integrantes do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), no início do século XX, nas quais se buscava dar respostas aos desafios sanitários impostos para a execução desses projetos. De acordo com Nísia Trindade Lima, os produtos provenientes dessas expedições tiveram um “importante significado tanto para a pesquisa científica como para o conhecimento do interior do Brasil”.¹⁵ Além disso, forneceram imagens marcantes no tocante à construção de um imaginário sobre as regiões interioranas do país, nas quais as doenças eram identificadas como características básicas da nacionalidade.¹⁶

Simone Kropf, ao focalizar dois momentos distintos na trajetória da construção e do reconhecimento científico e social da doença de Chagas no Brasil, analisou os significados que este evento assumiu no processo de institucionalização da ciência brasileira:

Ocorrida num momento de difusão internacional e institucionalização da chamada ‘medicina experimental’ (mais particularmente, da medicina tropical), e num período em que se criavam, sob as condições específicas do contexto brasileiro, espaços institucionais referidos a este campo, a descoberta da nova tripanossomíase foi representada, de imediato, como tendo uma dimensão bem mais ampla do que a realização científica de um indivíduo. Ela se constituiu como evento simbolicamente expressivo e legitimador do projeto de ciência materializado no projeto institucional de Manguinhos.¹⁷

Realizada nos canteiros das obras de prolongamento da Estrada Ferro Central do Brasil, na cidade de Lassance, Minas Gerais, durante a execução de um trabalho de profilaxia da malária, a descoberta de Carlos Chagas, sob os preceitos da medicina tropical, é um dos maiores exemplos da maneira pela qual os pesquisadores do IOC buscavam legitimar suas

¹⁴ WORBOYS, M. Germs, Malária and the Invention of mansonian Tropical Medicine: From “Diseases in the Tropics to “Tropical Diseases”. In: ARNOLD, D. (org.) *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500 – 1900*. Amsterdã/Atlanta, Rodopi, 512 – 536, 1996, p. 521.

¹⁵ LIMA, N. *Um sertão chamado Brasil*. Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro. Editora Iuperj/Revan, 1999, p. 79. Cf. *Ibidem*, 2ª edição aumentada. Rio de Janeiro. Hucitec, 2013.

¹⁶ *Ibidem*, p. 91

¹⁷ KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2009, p. 53, 54.

atividades profissionais, associando-as à resolução de questões sanitárias de interesse da sociedade brasileira¹⁸. A trilha aberta pela medicina tropical conferiu identidade aos trabalhos realizados pelo IOC, ao mesmo tempo em que ajudou a reforçar a imagem de seus pesquisadores como “autores diretamente envolvidos com a solução de questões sanitárias de interesse nacional”.¹⁹

Foi imediato o impacto da descoberta de Carlos Chagas. Além de ser admitido na Academia Nacional de Medicina e promovido a “chefe de serviço” do IOC, Chagas obteve reconhecimento internacional ao ser agraciado no início de 1912 com a conquista do prêmio Schaudinn.²⁰ Ao retornar da Alemanha, onde recebeu o prêmio, foi recebido como um herói da ciência brasileira e os jornais de grande circulação noticiaram amplamente esse reconhecimento internacional, celebrado como um grande feito nacional.²¹

A partir de então, a medicina tropical passou a ser entendida como instrumento para a redenção nacional. Conforme apontado por Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman, ao longo da década de 1910, houve uma mudança na maneira pela qual eram entendidos os males do país. Se, no século XIX, acreditava-se que os problemas nacionais estavam relacionados às questões raciais e climáticas, a biologia e a medicina moderna encontravam um novo réu: as endemias rurais. De acordo com essa perspectiva, o brasileiro era sim indolente, preguiçoso e improdutivo, mas isso porque estava doente e abandonado pelas elites políticas. “Redimir o Brasil seria saneá-lo, higienizá-lo, uma tarefa obrigatória dos governos”.²²

Concentrando seus esforços na rejeição do determinismo racial e climático, qualificando as doenças como o problema crucial para a construção da nacionalidade e

¹⁸ *Ibidem*, p. 82.

¹⁹ KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil*. *Op. cit.*, p. 86.

²⁰ O prêmio Schaudinn era concedido, de quatro em quatro anos, ao autor do melhor trabalho produzido em protozoologia e de maior contribuição ao desenvolvimento da medicina tropical pelo Instituto de Doenças Marítimas e Tropical de Hamburgo. *Ibidem*, p. 101.

²¹ Dentre as reportagens, chama a atenção aquela veiculada pelo jornal “*A Noite*” em 26/06/1912, que em sua primeira página, na coluna “Os nossos cientistas” e após o título “O dr. Carlos Chagas recebe premio Schaudinn de protozoologia – entre os concorrentes estavam Ehrlich, Roux, Laveran e outras celebridades mundiais”, traz uma fotografia do respectivo cientista seguido de um longo texto sobre o histórico, a importância e os concorrentes a esse prêmio. É interessante notar que entre os candidatos derrotados por Carlos Chagas havia o cientista escocês e médico do exército inglês Sir. Willian Leishman que, assim como Chagas, teve seu nome eternizado na historiografia médica ao denominar uma moléstia humana transmitida também por protozoários, a leishmaniose, doença que será objeto desta dissertação.

²² LIMA, N. e HOCHMAN, G. ‘Condicionado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil redescoberto pelo movimento sanitário da Primeira República’. In MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz/Centro Cultural do Banco do Brasil, pp. 23 -40, 1996, p. 23.

responsabilizando o Estado pela situação de pobreza, abandono e doença em que se encontrava, sobretudo, o interior do país, os médicos participantes desse debate passaram a enxergar nos preceitos da medicina tropical uma maneira de reverter os quadros desfavoráveis encontrados em grande parte do território nacional. Organizados na Liga Pró-Saneamento do Brasil²³, esses médicos passaram a demandar “ações centralizadas, nacionais e tecnicamente autônomas, que legitimariam o crescimento do papel do Estado brasileiro no campo da saúde pública”.²⁴

Conforme foi observado por Júlio Schweickardt, o Amazonas também “fez parte da agenda de pesquisa sobre as doenças tropicais através das expedições científicas da Escola de Medicina Tropical de Liverpool” e do IOC, que proporcionaram a possibilidade de “cientistas e médicos do Amazonas também participarem desse processo, dialogando com instituições nacionais e internacionais” sobre questões relativas a esta disciplina.²⁵ Considerado, à época, como um lugar em que as patologias tropicais se apresentavam “com suas características verdadeiras”²⁶, a região amazônica ocupava uma posição central no processo de construção de conhecimento sobre as manifestações patogênicas associadas às áreas tropicais, proporcionando, aos médicos e instituições de pesquisas presentes em seu território, uma participação ativa nos processos de construção e institucionalização do campo da medicina tropical no Brasil.

Dessa forma, Schweickardt argumentou que a intelectualidade manauara desse período não estava fora da dinâmica de construção da medicina tropical, pois “a presença de expedições científicas na região e o intenso movimento cultural possibilitaram a circulação de ideias científicas e sua aplicação nas políticas públicas de saúde, tanto da capital como do interior do Amazonas”²⁷. Buscando contemplar as ações de saúde pública promovidas no

²³ A Liga Pró-Saneamento do Brasil foi criada em 1918 sob a direção de Belisário Penna e tinha por objetivo chamar atenção das elites políticas para a necessidade de sanear o interior do país. Cf.: HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 3ª Ed, São Paulo, Hucitec, 2012.

²⁴ LIMA, N. e HOCHMAN, G. “Condenado pela raça, absolvido pela medicina. *Op. cit.* p. 23.

²⁵ SCHWEICKARDT, J. C. *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890 – 1930)*. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, COC/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009. p. 42. Cf: *Idem*, *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890 – 1930)*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012.

²⁶ De acordo com a perspectiva de Carlos Chagas, na região do Amazonas, as doenças tropicais se manifestariam com suas características originais, sem influencia climáticas e ambientais das zonas subtropicais e temperadas, nas quais suas síndromes eram alteradas. CHAGAS, C. Notas sobre a epidemiologia do Vale do Amazonas. In: Cruz, O.; Chagas, C.; Peixoto, A. *Sobre o saneamento da Amazônia*. Manaus: Philippe Daou, 1972. p 160.

²⁷ SCHWEICKARDT, J. C. *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890 – 1930)*. *Op. cit.*, p. 98.

interior deste estado, esse autor ainda se propôs a analisar duas expedições realizadas, respectivamente, por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas em 1910 e 1912.²⁸

Caracterizando seus relatórios como “um rico material para entender a cultura e o modo de vida no interior do Amazonas”, esse autor afirmou que eles teriam contribuído para a construção da imagem da região e servido de base para as políticas de saúde pública no Estado posteriormente²⁹. Para o Schweickardt, “a Amazônia, especificamente o lado ocidental, ganhou novos significados quando renomados cientistas brasileiros percorreram seus rios, e observaram os processos que caracterizavam a saúde-doença”.³⁰

No relatório científico produzido por ocasião da expedição de Carlos Chagas ao vale do Amazonas, entre os anos de 1912 e 1913, chama a atenção o espaço dedicado a retratar a extensão do problema representado pela ‘*ferida brava*’, sobretudo, na região interiorana deste estado. Definida, por esse cientista, como uma “entidade mórbida de importância máxima na epidemiologia do norte”³¹, e também com registros parasitológicos de sua presença em outras regiões do Brasil, a partir de 1909, essa doença, então caracterizada como leishmaniose, passou a despertar o interesse de pesquisa de diferentes cientistas que buscavam esclarecer questões ainda desconhecidas de sua natureza etiológica. Assim, ao mesmo tempo em que esses pesquisadores objetivavam oferecer soluções para o seu combate, também contavam com a possibilidade de descobrir novos fatos significativos para compreensão desta entidade mórbida, ainda em construção.

Nesta dissertação, que tem por objetivo contribuir com a historiografia da institucionalização do campo da medicina tropical no Brasil, pretendo demonstrar que, assim como a febre amarela³², a doença de Chagas³³ e a malária³⁴, que já contam com análises provenientes da área da História das Ciências, as leishmanioses, apesar de ainda pouco estudadas³⁵, também fornecem argumentos e vias de análise da produção de conhecimento

²⁸ *Ibidem*, p. 245.

²⁹ *Ibidem*, p. 41.

³⁰ *Ibidem*, p. 245.

³¹ CHAGAS, C. Notas sobre a epidemiologia do Vale do Amazonas. *Op. Cit.*, p. 169.

³² “Febre amarela e a instituição da microbiologia no Brasil”. *Op. cit.* In: HOCHMAN, G., ARMUS, D. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2004; LOWY, I. *A febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006.

³³ KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil*. *Op. cit.*

³⁴ BENCHIMOL, J. & SILVA, A. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.3, pp. 719 – 762, 2008.

³⁵ GUALANDI, F. *Medicina tropical no Brasil: Evandro Chagas e o estudo sobre a leishmaniose visceral americana década de 1930*. Dissertação (mestrado em história das ciências e da saúde). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2013.

científico brasileiro. Reforço ainda a perspectiva, já trabalhada por Schweickardt, de especificidade do território amazonense para o estudo e a compreensão das doenças tropicais.

A fim de analisar o processo de construção de conhecimento sobre as leishmanioses no início do século XX utilizarei uma série de diferentes relatórios médicos e periódicos científicos, escritos tanto por pesquisadores europeus como por americanos, que buscavam resolver as questões relacionadas a esse grupo de moléstias. Apesar do desenvolvimento da medicina tropical ser caracterizada por sua diversidade e amplitude, no período trabalhado nesta dissertação, as principais arenas de discussão e construção de conhecimento no âmbito desta disciplina eram os periódicos científicos dos principais centros de pesquisas europeus, como a Alemanha, Inglaterra e França. Sendo que o manual inglês *Tropical Diseases – A manual of Warm Climate* de Patrick Manson e o periódico francês *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, dirigido por Alphonse Laveran, ganharam proeminência na produção de conhecimento sobre as leishmanioses, em geral, e das americanas, em particular.

Logo, entre os conjuntos documentais utilizados nessa dissertação, destaco: as seis primeiras edições de *Tropical Diseases – A manual of Warm Climate* publicadas e revisadas por Manson e lançadas entre os anos de 1898 e 1918. Nas consecutivas edições desse manual podemos perceber o deslocamento de significados percorridos pelas doenças que viriam a ser agrupadas sob a denominação de leishmanioses, apenas em sua sexta edição. A análise das diferentes versões desse manual é interessante por ajudar a pensar as mudanças ocorridas nas maneiras de compreender esse grupo de moléstias no interior do campo da medicina tropical.

Conforme demonstrarei ao longo dessa dissertação, o *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* foi um dos principais instrumentos na construção de conhecimento sobre as manifestações particularizadas de leishmanioses no continente americano, ao longo das primeiras décadas do século XX, veiculando artigos escritos por pesquisadores de diferentes nacionalidades que se interessavam pela problemática representada por esse grupo de moléstias.

No contexto brasileiro, merecem destaque os periódicos *Brazil Médico*, *Revista Médica de São Paulo* e o *Memórias do IOC*, que veicularam parte significativa da produção de conhecimento científico feita no país sobre esse grupo de moléstias no período compreendido por esse trabalho. Entre os artigos publicados nesses periódicos, merece ainda destaque o “Sobre uma nova espécie de *Leishmania*” escrito por Gaspar Vianna no *Brazil*

Médico, no qual esse pesquisador relatava ter encontrado um protozoário diferenciado desse gênero e batizava-o como *Leishmania braziliensis*³⁶. Entre os relatórios médicos utilizados para o desenvolvimento deste trabalho, são dignos de nota tanto aqueles produzidos por pesquisadores europeus, que, trabalhando em associação com as agências imperialistas, buscavam produzir conhecimento sobre o botão do Oriente, quanto aqueles escritos por médicos brasileiros por ocasião das expedições médico-científicas ao interior do país, ao longo da Primeira República.

O recorte temporal destacado para realização desta dissertação se estende de 1909, por ocasião da confirmação do diagnóstico parasitológico de leishmaniose no Brasil, até 1927, quando o pesquisador Henrique Aragão do IOC relacionou os flebotomíneos do gênero *Intermedium* (atualmente *Lutzomyia*) como o vetor e hospedeiro intermediário do protozoário particularizado da região sul-americana, denominado *Leishmania braziliensis*. Conforme argumentarei ao longo deste trabalho, acredito que a identificação de Aragão fechou o primeiro ciclo de construção de conhecimento sobre as leishmanioses americanas, ao definir a tríade doença – parasito – vetor.

Esta dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro tenho por objetivo demonstrar a maneira pela qual as distintas manifestações mórbidas conhecidas como botão do Oriente e calazar foram agrupadas sob a denominação de leishmanioses. Para isso, analisarei os diferentes contextos médicos e sociais envolvidos na construção de conhecimento sobre esse grupo de moléstias, referenciando os principais conceitos, ideias, personagens, periódicos e instituições de pesquisas envolvidos neste empreendimento. Em seguida, ainda no primeiro capítulo, discutirei a criação do gênero *Leishmania*, o deslocamento de significado e o processo de agrupamento dessas moléstias.

No segundo capítulo, além de rastrear as primeiras identificações clínicas e, sobretudo, parasitológicas da leishmaniose no Brasil do início do século XX, tenho por objetivo analisar a maneira pela qual esse grupo de moléstias se tornou objeto de pesquisa para os praticantes dos preceitos da medicina tropical nesse país, demonstrando a centralidade do Amazonas nessa ocasião. Nessa oportunidade, darei especial atenção aos processos pelos quais esse grupo de moléstia ganhou visibilidade no cenário nacional e despertou o interesse de diferentes pesquisadores e institutos de pesquisas espalhados pelo território nacional.

³⁶ VIANNA, G. Sobre uma nova espécie da *Leishmania*. *Brazil Médico*, Rio de Janeiro, Brasil. 1911.

Por fim, no terceiro capítulo dessa dissertação, demonstrarei os debates relacionados à proposta de particularização das manifestações de leishmanioses encontradas em determinadas regiões do continente sul-americano. Ainda neste capítulo, além de demonstrar tanto os argumentos a favor quanto os contrários a essa ideia de individualização das leishmanioses na América do Sul, também analisarei o processo de definição dos seus mecanismos de transmissão, que, somente na década de 1920, começariam a ser parcialmente resolvidos com a identificação de diferentes espécies de flebotomíneos como seus vetores e hospedeiros intermediários.

CAPÍTULO 1: As leishmanioses e a medicina tropical (1886 – 1910)

O início do processo de construção de conhecimento médico sobre as diferentes manifestações clínicas das leishmanioses esteve intrinsecamente associado à intensificação das atividades imperialistas europeias durante os séculos XVIII e XIX. Segundo o pesquisador britânico Robert Killick-Kendrick³⁷, um dos mais comuns *souvenirs* para aqueles que visitassem as regiões coloniais da Ásia e do norte da África, naquele momento, era o seu retorno à Europa com úlceras cutâneas que, geralmente, eram designadas conforme o lugar em que foram adquiridas³⁸, ou por outros nomes com referências a aspectos de sua natureza clínica, como seu tempo de cura espontânea e/ou a época do ano de sua maior incidência em determinadas regiões endêmicas do globo terrestre³⁹.

De acordo com Alphonse Laveran⁴⁰, a despeito de úlceras cutâneas terem sido descritas, pela primeira vez e de “forma sumária”, como *mal of Aleppo*, em 1756, por Alexander Russel⁴¹ na Síria⁴², foi somente a partir de 1844, em função de epidemias ocorridas durante as batalhas de conquista do exército francês no sul da Argélia, que essas manifestações patogênicas passaram a ser vistas como um problema real do ponto de vista da ocupação do território colonial e começaram a ser estudadas por médicos e pesquisadores associados ao projeto colonialista francês. Gerava-se, assim, a primeira produção sistemática de conhecimento clínico europeu sobre essas manifestações cutâneas.⁴³

³⁷ KILLICK-KENDRICK, R. Oriental sore: an ancient tropical disease and hazard for European travelers. *Wellcome History*. Vol. 43, 2010, p. 4 – 7.

³⁸ Como exemplos de nomes associados às regiões endêmicas, cito: botão e/ou mal de Aleppo, de Briskra, de Mila, de Creta e de Bagdá. *Ibidem*, p. 4.

³⁹ Como exemplos de nomes associados à sua natureza clínica cito: botão de um ano, *Elizabethpol godovik* (*Elizabethpol* é uma cidade na região do Cáucaso e *godovik* significa anual) e *Al Okht* (Que significa irmã mais nova – porque todo mundo tem uma, em países árabes do Oriente Médio). *Ibidem*.

⁴⁰ Charles Louis Alphonse Laveran (1845 – 1922) foi um médico francês e, dentre seus feitos, destaca-se a conquista do prêmio Nobel de medicina de 1907, devido aos seus trabalhos relacionados à identificação do agente causal da malária na década de 1880. História da Medicina, biografias – Alphonse Laveran. Disponível em: <http://www.historiadelamedicina.org/laveran.html>. Acesso: 25/05/2014.

⁴¹ Alexander Russel (1715 – 1768) foi um médico inglês. Nascido em Edimburgo, após 1740, residiu na cidade de Aleppo por treze anos, onde realizou pesquisas sobre a natureza das doenças endêmicas nessa região, se dedicando, sobretudo, ao estudo de úlceras cutâneas. GELPI, A. Alexander Russel and the Aleppo Ulcer. *Internacional Journal of Dermatology*. Vol. 26, n. 2, 1987, p. 131.

⁴² RUSSELL, A. *The Natural History of Aleppo and parts*. Londres, 1756. Capítulo IV. *Mal of Aleppo*.

⁴³ LAVERAN, A. *Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d'Orient, Leishmaniose Americaine*. Manson et Cie. Ed. Paris, França, 1917, p. 305.

A denominação de *Oriental sore* – *bouton d'Orient*, em francês – foi sugerida, em 1876, pelos pesquisadores britânicos William Tilbury Fox⁴⁴ e T. Farquhar⁴⁵, por ocasião de uma longa expedição à Índia⁴⁶, território colonial inglês. Nesse período, sob o paradigma miasmático, essas úlceras cutâneas eram, geralmente, entendidas como “uma forma de ectima⁴⁷ característico” e atribuídas “às condições meteorológicas ou à má qualidade da água potável”.⁴⁸ A principal discussão no meio médico da ocasião se pautava no debate sobre a possível identidade entre as úlceras encontradas em diferentes regiões do globo terrestre, sobretudo, nas áreas coloniais francesas e inglesas da África e da Ásia.

Enquanto isso, pensada como uma moléstia completamente distinta, sem nenhuma relação de unidade com as úlceras descritas acima, o calazar, também conhecido como *black fever*, era caracterizado por Patrick Manson como “uma doença mal definida e muito mortal prevalente nos últimos anos em Assam”⁴⁹, local endêmico em que essa moléstia foi descrita pela primeira vez em 1882, na Índia. De acordo com Laveran, essa manifestação patogênica era entendida, “pela maioria dos autores”, como uma grave “forma de paludismo”, que, por muito tempo, havia ficado restrita às regiões montanhosas desse país.⁵⁰

Meu objetivo nesse capítulo é o de demonstrar os processos sociocognitivos pelos quais essas duas doenças, tão díspares entre si, no século XIX, passaram a ter uma relação de identidade, se tornaram objetos de pesquisa para a medicina tropical e foram englobadas sob a denominação de leishmanioses, no início do século XX. Conforme argumentarei ao longo desse capítulo, apesar dessas duas manifestações patogênicas compartilharem algumas áreas endêmicas e estarem relacionadas às regiões tropicais do globo terrestre, até 1906, não havia nenhuma tese no pensamento médico que sustentasse qualquer ideia de semelhança entre o botão do Oriente e o calazar.

⁴⁴ William Tilbury Fox (1836 – 1879) foi um médico inglês, formado na *University College Hospital Medical School*, que após se especializar em obstetrícia, se interessou por estudar dermatologia, sobretudo após sua viagem de 1864, na qual dedicou seus estudos à dermatologia tropical. Disponível em: <http://www.bad.org.uk/about-us/history/biographical/emerging-heroes>. Acesso: 04/06/2014.

⁴⁵ Apesar de um longo levantamento bibliográfico, não foi possível encontrar maiores informações sobre esse médico.

⁴⁶ FOX, W. & FARQUAR, T. *On certain endemic skin and other diseases of India*. Londres, 1876, p. 12.

⁴⁷ Ectima é uma infecção bacteriana da pele, causada pelo germe estreptococos, que provoca lesões ulcerativas, podendo haver co-infecção com estafilococos. Por se estender até a derme, alguns a consideram uma forma mais agressiva de impetigo. É uma infecção mais comum em crianças e idosos. Disponível em: <http://www.dermatologia.net/novo/base/doencas/ectima.html>. Acesso: 27/11/2013.

⁴⁸ LAVERAN, A. *Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d'Orient, Leishmaniose Americaine*. Op. cit., p. I.

⁴⁹ MANSON, P. *Tropical Diseases – A manual of the diseases of Warm Climates*. 1. Ed. Londres, 1898, p. 191.

⁵⁰ LAVERAN, A. *Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d'Orient, Leishmaniose Americaine*. Op. cit., p. I.

Buscando estruturar melhor esse argumento, o presente capítulo será dividido em três secções. A primeira parte será dedicada a realizar um panorama dos principais conceitos, ideias, atores, instituições e periódicos científicos que foram mobilizados no processo de construção de conhecimento desse grupo de moléstias. Em seguida, a segunda sessão tem por objetivo analisar a maneira pela qual essas duas manifestações patogênicas suscitaram a criação do novo gênero de protozoários e foram enquadradas como leishmanioses. Ainda nesse capítulo, começarei a demonstrar os processos de deslocamentos de significados percorridos na construção de conhecimento dessas moléstias, entre os anos finais do século XIX e as primeiras décadas do século XX, a partir de uma nova hermenêutica destinada à compreensão das moléstias infecciosas proposta pela medicina tropical.

1.1 – Imperialismo, hospedeiros intermediários e doenças: a emergência da medicina tropical

De acordo com David Arnold, empregar o conceito de “colonialismo”, para se referir à variedade de práticas econômicas, sociais e políticas que determinados países europeus passaram a empregar, sobretudo, a partir do século XVIII, com o objetivo de conquistar e dominar diferentes territórios do além-mar, seria simplificar demais esses grandes e diferentes empreendimentos, e englobar, em um único conceito, uma série de experiências, doutrinas políticas e espaços geográficos e temporais distintos, que não podem ser simplesmente interpretados como equivalentes ou sinônimos⁵¹.

Para Arnold, uma das possíveis resoluções, mesmo que parcial⁵², para esse problema, seria a divisão desse conceito em duas realidades distintas. A primeira advinda das práticas desenroladas em colônias de climas temperados, como o Canadá e a Austrália, com a natureza e o ambiente próximos àqueles conhecidos em países europeus. E a segunda, relacionada às atividades desenvolvidas em colônias de climas tropicais, particularmente nas regiões da Ásia

⁵¹ ARNOLD, D. *Medicine and Colonialism. Op. cit.* p. 1394

⁵² De acordo com David Arnold, a solução para esse problema seria parcial, pois algumas dessas áreas coloniais não se encaixariam em nenhuma dessas duas posições, por ocupar uma posição geográfica mediana entre os dois extremos, a exemplo da Argélia francesa. *Ibidem*.

e da África, nas quais essas experiências foram mais drásticas e a dominação de difícil execução⁵³.

Nessas áreas coloniais situadas em regiões tropicais do globo terrestre, as agências colonialistas europeias sofriam constantes ameaças representadas pelas diferentes e variadas enfermidades presentes nesses territórios que, em um primeiro momento, foram identificadas à falta de salubridade do solo, às altas temperaturas que favoreciam a rápida putrefação, à diversidade e variedade de animais e vegetais por eles desconhecidos e ao peculiar modo de vida das comunidades nativas.⁵⁴

A sobrevivência e a fixação nesses territórios passaram a representar os maiores desafios para os empreendimentos colonialistas europeus nas regiões de clima quente. Por necessitar do apoio médico em todas as etapas do processo colonialista (desde a exploração e conquista do território até a formação do Estado e utilização dos recursos humanos e naturais⁵⁵), essas atividades no além-mar também se configuravam como uma das principais oportunidades de empregos para jovens recém-formados e com pouco espaço nos já saturados mercados de trabalho dos seus países de origem.⁵⁶

Com o objetivo de garantir a estadia saudável do colonizador nessas áreas, muitas vezes era prática implantar “oásis sanitários” para que os europeus se protegessem das moléstias comuns naquelas regiões do globo terrestre, como doença do sono, a febre amarela e a malária, prática essa que, de acordo com Arnold, era relativamente bem sucedida⁵⁷. Mas foi a partir do desenvolvimento dos trabalhos de Louis Pasteur⁵⁸ e Robert Koch⁵⁹, entre as décadas de 1870 e 1880, que deram origem, respectivamente, ao paradigma microbiano e a rígidos protocolos experimentais que permitiam comprovar a associação entre um agente causal específico e uma doença, que um novo horizonte de perspectivas se abriu para os médicos que trabalhavam em colônias tropicais, no tocante à identificação e ao combate

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ CAPONI, S. Trópicos, micróbios y vectores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, (sup), pp. 111 – 138, 2002, p. 118.

⁵⁵ ARNOLD, D. Diseases, medicine and Empire, *Op. cit.*, p. 1396.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 1398

⁵⁷ *Ibidem*, p. 1399.

⁵⁸ Louis Pasteur (1822 – 1895) foi um médico francês, nascido na cidade de Dole, que destaca-se por ter proposto a doutrina microbiana, revolucionando o pensamento médico vigente ao passar a associar as doenças infecciosas à ação de um microorganismo específico. Disponível em: http://www.e-biografias.net/louis_pasteur/. Acesso: 04/06/2014.

⁵⁹ Robert Koch (1843 – 1910) foi um médico alemão, conhecido, sobretudo, pela descrição dos agentes causais do carbúnculo e da tuberculose. Desenvolveu protocolos experimentais que tinham o principal objetivo de comprovar a associação entre um agente patógeno e uma manifestação mórbida. Disponível: <http://www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/robertkoch.aspx>. Acesso: 04/06/2014.

dessas moléstias, que representavam um dos maiores desafios da adaptação europeia aos trópicos.⁶⁰

Sandra Caponi observou que, nesse movimento, os três principais centros produtores de conhecimento científico na Europa enviaram seus investigadores, laboratórios, equipes e conhecimentos para as suas colônias, sobretudo aquelas localizadas em regiões de clima quente.⁶¹ A coroa britânica havia enviado Patrick Manson⁶² à China, em 1866, para estudar a filária. A França, além de médicos militares que desenvolviam pesquisas em suas colônias, passou a fundar filiais do Instituto Pasteur em seus domínios, a partir de 1896, com a criação de um instituto na Argélia. Por sua vez, a Alemanha enviou o próprio Robert Koch em sucessivas viagens a Camarões com objetivo principal de estudar a malária, entre os anos de 1895 e 1907.⁶³

Nesse mesmo momento, o médico militar francês Alphonse Laveran estava na Argélia, desde 1878, realizando pesquisas, de modo independente do Instituto Pasteur, que buscavam identificar o agente patógeno da malária. A partir dos exemplos dos agentes específicos conhecidos até então na Europa, pelo paradigma microbiano, acreditava tratar-se de um bacilo ou uma bactéria. Contudo, em 1880, Laveran anunciou sê-lo um protozoário, que denominou *Oscillaria malariae* e posteriormente renomeou para *Plasmódio*. As conclusões desse pesquisador francês, no entanto, foram recebidas com relativo descrédito na Europa, por ainda não existirem evidências reconhecidas de que protozoários causassem doenças humanas.⁶⁴

Por se tratar de um organismo mais complexo do que bacilos e bactérias, o protozoário, identificado por Laveran como patógeno da malária, não respondia a todos os requisitos dos “postulados de Koch”⁶⁵ e também apresentava dificuldades para ser cultivado

⁶⁰ KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil*. *Op. cit.*, 2009; ROSENBERG, C. *Explaining Epidemics and other Studies in History of Medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

⁶¹ CAPONI, S. *Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical*. *Op. cit.*, p. 114.

⁶² Patrick Manson (1844 – 1922) foi um médico inglês, conhecido por ser o primeiro pesquisador a desenvolver trabalhos relacionando o ciclo de vida da filária a um inseto hematófago. Foi através dos seus estudos sobre a filária que Manson propôs as bases do campo da medicina tropical. Disponível: <http://global.britannica.com/EBchecked/topic/362832/Sir-Patrick-Manson>. Acesso: 04/06/2014.

⁶³ CAPONI, S. *Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical*. *Op. cit.*, p. 114, 115.

⁶⁴ BENCHIMOL, J. & SILVA, A. *Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República*. *Op. cit.*; CAPONI, S. *Trópicos, micróbios y vectores*. *Op. cit.*; KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil*. *Op. cit.*

⁶⁵ Os postulados de Koch eram: o patógeno deve ser identificado em todos os casos da doença; deve ser isolado do hospedeiro e crescer em meio de cultura; deve reproduzir a doença original quando inoculado em um hospedeiro suscetível; e deve ser identificado no hospedeiro experimentalmente infectado. KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil*. *Op. cit.*, p. 115.

em meios artificiais. Além disso, como apontou Farley⁶⁶, a despeito do antigo interesse específico pela helmintologia⁶⁷, o estudo sistemático da parasitologia, enquanto campo de investigação distinto, só teve início a partir da década de 1880, com a criação do primeiro laboratório dedicado a essa área na Universidade de Leipzig, na Alemanha, pelo professor Rudolph Leuckart⁶⁸.

Dessa forma, no momento em que Alphonse Laveran propôs que o plasmódio fosse o agente causal da malária, ainda não existia um sistema classificatório preciso para esse grupo de microorganismos unicelulares, os protozoários⁶⁹. Foram necessários mais de dez anos de controvérsias e fortes críticas para que, finalmente, o plasmódio fosse aceito como o seu parasito. E isso só foi possível a partir dos trabalhos realizados por Eugène Richard, Camilo Golgi e Ettore Machiavava que demonstraram o ciclo de vida desse protozoário e o relacionaram à periodicidade das crises paroxísticas, bem como às alterações patológicas por ele provocadas (como a anemia, pigmentação do baço e fígado). Ainda assim, mesmo após essa aceitação, faltava esclarecer seu mecanismo de transmissão, conseguir cultivá-lo *in vitro* e reproduzir a doença artificialmente, para melhor compreendê-la.⁷⁰

Foi ficando claro que as técnicas e os métodos propostos por Pasteur e Koch não apresentavam os mesmos graus de eficácia nas regiões tropicais do globo terrestre, quando comparadas aos experimentos realizados no continente europeu⁷¹. De acordo com Caponi, os médicos e pesquisadores associados às agências colonialistas europeias foram percebendo que, nessas regiões de clima tropical, tinham muito que aprender (técnicas, procedimentos e protocolos) e pouco ou nada a ensinar⁷². Foi somente nas últimas décadas do século XIX, através da proposição do conceito de hospedeiro intermediário vivo, que as experiências europeias com doenças em climas quentes foram cristalizadas em uma radical diferença entre

⁶⁶ FARLEY, J. Parasites and the germ theory of disease. In: ROSENBERG, C. & GOLDEN, J. *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Jersey. Rutgers University Press, p. 34 – 49, 1992.

⁶⁷ A helmintologia biomédica é o ramo da parasitologia que estuda helmintos parasitos do homem, bem como as doenças por eles ocasionadas. <http://www.inf.furb.br/sias/parasita/Textos/Helmintologia.html>. Segundo Flavio Edler, nessa ocasião, a parasitologia estava compreendida, quase que inteiramente, dentro da helmintologia. Portanto não é de se estranhar que todas as referências fossem relativas a apenas alguns grupos de helmintos. EDLER, F. *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitos e patologia tropical*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011, p. 127.

⁶⁸ De acordo com John Farley, Rudolph Leuckart (1822 – 1898) pode ser considerado “o pai da parasitologia”, sendo a partir de seus trabalhos que se difundiram as ideias de “parasita” e “parasitologia” para descrever um grupo de organismos e uma nova disciplina. FARLEY, J. Parasites and the germ theory of disease, *Op. cit.*

⁶⁹ BENCHIMOL, J. & SILVA, A. “Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República” *Op. cit.*, p. 721.

⁷⁰ CAPONI, S. Trópicos, micróbios y vectores. *Op. cit.*, p. 127.

⁷¹ CAPONI, S. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *Op. cit.*, p.129.

⁷² *Ibidem*.

as manifestações patogênicas em ambientes temperados e áreas tropicais, resignificando uma série de questões relacionadas à causalidade dessas moléstias e dando origem a um novo campo de atuação, ensino e pesquisa, que possibilitava o combate a essas doenças: a medicina tropical ⁷³.

Patrick Manson, pesquisador inglês considerado o precursor desse campo de interesse, trabalhou durante vinte e três anos em diferentes colônias inglesas na Ásia, antes de retornar ao seu país de origem e propor as bases da medicina tropical ⁷⁴. Desenvolvendo pesquisas sobre o ciclo de vida e o modo de transmissão da larva da filária, responsável pela elefantíase, ele conseguiu vislumbrar, em 1879, pela primeira vez e quase completamente ⁷⁵, o papel crucial de um inseto hematófago, o *Culex fatigans*, no processo de desenvolvimento do ciclo de vida desse organismo e na transmissão dessa moléstia, criando assim uma aproximação, até então inexistente, entre os estudos microbiológicos e a entomologia. ⁷⁶

Como destacou Jaime Benchimol:

A descoberta de Manson consagrou um novo modelo de experiência e reformulou uma série de questões no campo da patologia. Elas requeriam novos saberes e dinâmicas de pesquisas para dar conta dos complexos ciclos de vidas de parasitos patogênicos, envolvendo mudanças de hospedeiros e numerosas adaptações e metamorfoses nos organismos parasitados e no meio externo. ⁷⁷

Durante os anos seguintes, diversas outras doenças passaram a ter o seu modo de transmissão relacionado a insetos hematófagos. Em 1893, os pesquisadores norte-americanos Theobald Smith ⁷⁸ e Fred L. Kilbourne ⁷⁹ relacionaram uma espécie de carrapato como

⁷³ STEPAN, Nancy. “The new tropical pathology”, *Picturing tropical nature. op. cit.*, p. 155.

⁷⁴ Apesar do reconhecimento da existência de uma medicina tropical pré-mansoniana, não restam dúvidas quanto à importância de Manson em sua definição, enquanto uma área de atuação, pesquisa e ensino. ARNOLD, D. Introduction: Tropical Medicine before Manson. In: ARNOLD, D. (ed.). *Warm Climates and western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta: Rodopi, 1996b.

⁷⁵ Patrick Manson supunha que a transmissão da filária por seu vetor se dava de forma indireta, através da água contaminada por *Culex* infectados que morriam dentro dela. BENCHIMOL, J. & SÁ, M. *Adolpho Lutz: Febre amarela, malária e protozoologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 115.

⁷⁶ BENCHIMOL, J. *A institucionalização da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil*. Ciência e Saúde coletiva, 2000; WORBOYS, Michael. Germs, Malária and the Invention of mansonian Tropical Medicine: From “Diseases in the Tropics to “Tropical Diseases”. In D. Arnold (org.) *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500 – 1900*. Amsterdã/Atlanta, Rodopi, 1996.

⁷⁷ BENCHIMOL, J. *A institucionalização da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil*. *Op. cit.*, p. 268.

⁷⁸ Theobald Smith (1859 – 1934) foi um médico norte-americano, nascido na cidade de Alabama, que se destacou pela descrição dos protozoários e dos meios de transmissões da febre do Texas. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2634653/>. Acesso: 04/06/2014.

transmissor do protozoário que causava a doença bovina conhecida como “febre do Texas”. Três anos depois David Bruce⁸⁰ demonstrou que as moscas tsé-tsé eram as transmissoras da tripanossoma responsável pela “doença do sono”. Contudo ainda não estava clara a maneira pela qual esses vetores transmitiam doenças a seus hospedeiros finais; especulava-se que poderiam transmiti-las tanto por picadas quanto por contaminações da água⁸¹.

Ao retornar à Inglaterra, no final da década de 1890, Patrick Manson buscou convencer as autoridades coloniais inglesas da necessidade de uma educação específica para aqueles que viriam a atuar em áreas tropicais. Seu principal argumento partia do princípio de que as elevadas taxas de mortalidade e morbidade entre nativos e europeus nas colônias em áreas tropicais prejudicavam o comércio, a administração e a exploração agropecuária. Joseph Chamberlain⁸², então Secretário de Estado para as Colônias, nomeou-o, em 1897, *Medical Officer to the Colonial Service* e lhe deu o apoio necessário para implementar o programa de ensino por ele desejado⁸³.

Nesse mesmo ano, Patrick Manson iniciou um curso para os estudantes de medicina do *St George's Hospital* que consistia na leitura de uma conferência que intitulou “*The necessity for special education in tropical medicine*”. Contudo, foi somente no ano seguinte, através dos estudos do pesquisador inglês Ronald Ross⁸⁴, relacionados à compreensão do ciclo de vida e do modo de transmissão da malária, que a proposta de hospedeiro intermediário vivo ganhou força explicativa, tornou-se paradigmática e fundamental para a consolidação e a institucionalização do campo da medicina tropical na Inglaterra e no restante do mundo⁸⁵.

⁷⁹ Fred L. Kilborne (1868 – 1936). Apesar de um longo levantamento bibliográfico, não foi possível encontrar maiores informações sobre esse médico.

⁸⁰ David Bruce (1855 – 1931) foi um médico inglês, nascido na cidade de Melbourne, que se dedicou ao estudo ao estudo dos tripanosomas, identificando o agente causal da doença do sono. Disponível: <http://oxfordindex.oup.com/view/10.1093/ref:odnb/32132>. Acesso: 04/06/2014.

⁸¹ KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência*, Op. cit., p. 72; BENCHIMOL, J. & SÁ, M. *Febre amarela, malária e protozoologia*. Op. cit.p. 116 – 117.

⁸² Joseph Chamberlain (1836 – 1914) foi um político britânico, nascido na cidade de Camberwell, na Inglaterra. Apesar de, em um primeiro momento, ser contrário à expansão colonialista inglesa, tornou-se ministro das colônias e diretor do movimento colonialista inglês. Disponível: <http://www.mcnbiografias.com/app-bio/do/show?key=chamberlain-joseph>. Acesso em: 04/06/2014.

⁸³ BENCHIMOL, J. e SÁ, M. *Febre amarela, malária e protozoologia*. Op. cit.p. 140.

⁸⁴ Ronald Ross (1857 – 1932) foi um médico britânico, nascido no território colonial da Índia. Foi um dos principais discípulos de Patrick Manson, se destacando por conseguir elucidar a transmissão da malária aviária. Disponível: <http://www.answers.com/topic/ronald-ross>. Acesso: 04/06/2014.

⁸⁵ CAPONI, S. Trópicos, micróbios y vectores. Op. cit., p. 126; WILKINSON, L. & POWER, H. The London and Liverpool School of Tropical Medicine 1898 – 1998. *British Medical Bulletin*, 54, n. 2, 1998, p. 282.

Partindo dos estudos realizados por Alphonse Laveran sobre o plasmódio e sendo orientado por Patrick Manson sobre a possibilidade de a malária ser transmitida por picadas de algum inseto hematófago, Ross, após algumas reformulações da proposta inicial de sua pesquisa e mais de uma década trabalhando no *India Medical Service*, conseguiu demonstrar, em 1898, o papel do mosquito *Culex* na transmissão da malária aviária. Mais do que isso, durante suas pesquisas, esse médico inglês conseguiu identificar parasitos da malária nas glândulas salivares desse vetor, desvendando, assim, a maneira pela qual esse protozoário era inoculado no seu hospedeiro final e forjando o conceito de hospedeiro intermediário vivo, no qual o parasita patógeno realizaria uma importante etapa do seu ciclo de vida. No ano seguinte, a partir dos estudos de Ross, os pesquisadores italianos Giovanni Baptista Grassi, Amico Bignami e Giuseppe Bastinelli conseguiram demonstrar o papel do *Anopheles* na propagação da malária humana, transformando-a em modelo e protótipo para compreensão da categoria de doenças tropicais.⁸⁶

Mobilizando protocolos de pesquisas e um modo de construção de conhecimento diferenciado, a emergência da medicina tropical, mais do que um aperfeiçoamento dos estudos microbiológicos, deve ser compreendida como uma reorganização e uma confluência de saberes, antes não associados, como a microbiologia, a entomologia, a protozoologia e a história natural. Centrando suas forças no combate ao vetor, a medicina tropical buscou sua especificidade a partir de estudos relacionados aos mecanismos de transmissão das doenças, aos ciclos de vida dos parasitos e suas interações com os seus hospedeiros e com o ambiente em que se encontravam.⁸⁷

Com apoio do Secretário de Estado Joseph Chamberlain, Patrick Manson lançou a primeira edição do livro *Tropical Diseases – A Manual of Diseases of Warm Climates* (1898), que se tornaria o grande manual de medicina tropical e contaria com uma série de reedições nos anos seguintes. Manson ainda fundou as duas primeiras escolas destinadas a essa área de interesse, uma em Londres e a outra em Liverpool, ambas em 1899. Essas escolas, apesar de terem origens e identidades com o projeto de Manson, contaram com administrações e financiamentos diferenciados que refletiam em seus papéis e abordagens. Enquanto a *London School of Tropical Medicine* se manteve vinculada ao projeto de ensino e pesquisa de Patrick Manson em relação à política imperial britânica e suas preocupações representadas pelas

⁸⁶ BENCHIMOL, J. & SILVA, A. “Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República”. *Op. cit.* p. 721; BENCHIMOL, J. & SÁ, M. Febre amarela, malária e protozoologia. *Op. cit.*, p. 140.

⁸⁷ STEPAN, N. “The new tropical pathology”, *Op. cit.*, p. 166; CAPONI, S. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *Op. cit.*, p. 123.

doenças em climas quentes, a *Liverpool School of Tropical Medicine*, que contou com apoio e financiamento da emergente comunidade empresarial dessa cidade, teve suas atividades intimamente relacionadas aos países do Caribe, da África Ocidental e da América Latina, com os quais seus investidores mantinham conexões comerciais.⁸⁸

Patrick Manson ainda insistia na necessidade de se conhecer melhor a distribuição geográfica dos artrópodes que poderiam agir como transmissores de doenças. Ao solicitar, na década de 1880, ao Museu Britânico de História Natural alguma bibliografia sobre a sistemática de culicídeos hematófagos, ofereceram-lhe um tratado sobre baratas. A partir de então, o diretor desse museu, Edwin Ray Lankester, patrocinou, com apoio de diversos órgãos públicos e privados ligados às colônias, a criação de uma rede mundial de coleta de insetos sugadores de sangue, que poderiam agir como disseminadores de moléstias. Gerava-se uma ávida busca por possíveis transmissores alados de doenças e confiava-se ao entomologista Vincent Theobald a incumbência de inventariar os espécimes enviados por uma rede mundial de coletores.⁸⁹

Como foi indicado por Benchimol & Sá esse momento é conhecido como a era de ouro da entomologia médica. Se, durante todo o século XIX, haviam sido descritas quarenta e duas espécies de culicídeos, apenas na primeira década do século seguinte foram descritas mais de duzentas, o que, ao mesmo tempo, alavancou o conhecimento sobre esses insetos e criou enormes confusões no tocante à identificação e ao batismo de espécies sinônimas⁹⁰. Foi ainda nessa década que a comissão norte-americana chefiada por Water Reed⁹¹ confirmou, em Cuba, a hipótese de Finlay⁹², de que a febre amarela era transmitida por picadas de *Stegomyia fasciata*, dando mais força e importância a esse modelo de transmissão de moléstias.⁹³

Após o lançamento da primeira versão do *Tropical Diseases* e da fundação da *London School of Tropical Medicine* e da *Liverpool School of Tropical Medicine*, os preceitos e as

⁸⁸ WILKINSON, L. & POWER, H. The London and Liverpool School of Tropical Medicine 1898 – 1998. *Op. cit.*, p. 282.

⁸⁹ BENCHIMOL, J. & SILVA, A. “Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República”. *Op. cit.*, p. 722.

⁹⁰ BENCHIMOL, J. & SÁ, M. Febre amarela, malária e protozoologia. *Op. cit.*, p. 140.

⁹¹ Water Reed (1851 – 1902) foi um parasitologista norte-americano, que se destacou por confirmar a hipótese de Finlay na ilha de Cuba, comprovando que a febre amarela era transmitida pelo *Stegomyia fasciata*. Disponível: http://www.pbs.org/wgbh/amex/fever/peopleevents/p_reed.html. Acesso: 04/06/2014.

⁹² Carlos Juan Finlay (1833 – 1915), cientista cubano, havia proposto entre 1880 – 1881 que a febre amarela era transmitida por mosquitos, porém não conseguia realizar as condições experimentais pedidas na época para comprovar sua hipótese, ficando no limbo até Ronald Ross conseguir desvendar o ciclo da malária aviária. *Ibidem*, p. 159.

⁹³ *Ibidem*.

práticas da medicina tropical rapidamente se difundiram a partir da propagação de novas instituições de pesquisas congêneres em outros países. Prova disso é que, em 1900, foi fundada a “*Chair of General Pathology and Tropical Diseases*” na Universidade de Harvard, nos Estados Unidos. Em 1901, o “*Institut für Dchiffs- und Tropenkankheiten*”, foi criado em Hamburgo, na Alemanha, e o *Institut de Médecine Coloniale*, em Paris, na França. Em 1902, foi criada a “*Chair of Clinical Therapeutics and Tropical Medicine*” na Universidade de Nova Orleans, também nos Estados Unidos, e no ano seguinte, o *Wellcome Research Laboratories*, em Cartum, no Sudão. Em 1905, foi fundado o *Robert Koch Instituut*, em Berlim, também na Alemanha e, em 1906, a *School of Tropical Medicine*, em Bruxelas, na Bélgica.⁹⁴

Na França, apesar do já citado *Institut de Médecine Coloniale* ter sido fundado em 1901, o maior desenvolvimento do campo da medicina tropical (ou exótica), se deu a partir da criação da *Société de Pathologie Exotique*, como seção especial do Instituto Pasteur. Fundada por Alphonse Laveran, que havia sido contratado pelo Instituto Pasteur em 1897, e pelo zoólogo e biólogo Félix Mesnil⁹⁵, essa seção do instituto centrava suas preocupações nas relações estabelecidas entre protozoologia, microbiologia e entomologia médica. Sua abertura refletiu tanto a necessidade desse instituto em dar respostas aos problemas sanitários enfrentados nas colônias francesas, em relação aos quais os protocolos pasteurianos pareciam não funcionar, quanto o crescente interesse pelas doenças tropicais que passariam a ocupar um espaço cada vez maior entre as investigações pasteurianas, sobretudo, nos institutos de ultramar.⁹⁶

Criado em 1908 para ser o periódico científico oficial dessa instituição, o *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique (BSPE)* logo alcançou uma grande visibilidade nos principais fóruns de pesquisa de medicina tropical ao redor do mundo. No discurso de abertura dessa revista, Laveran, o então presidente dessa sociedade, sintetizou sua criação, afirmando sê-la necessária em razão da grande extensão do império colonial francês e da

⁹⁴ STEPAN, N. “The new tropical pathology”, *Picturing tropical nature*. *Op. cit* p. 167.; BENCHIMOL, J. & SILVA, A. “Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República”. *Op. cit.* p. 720; WORBOYS, M. Germs, Malária and the Invention of mansonian Tropical Medicine: From “Diseases in the Tropics to “Tropical Diseases”. *Op. cit.* p. 519.

⁹⁵ Félix Mesnil (1868 – 1938) nascido em Manche, na França, foi um zoólogo e biólogo que, junto a Alphonse Laveran, fundou a *Société de Pathologie Exotique*, uma seção especial do Instituto Pasteur, destinada ao estudo das doenças tropicais. Disponível em: http://www.pasteur.fr/infosci/archives/e_mes0.html. Acesso: 04/06/2014.

⁹⁶ CAPONI, S. Trópicos, micróbios y vectores. *Op. cit* p. 128; KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil*. *Op. cit.* P. 93.

multiplicidade e rapidez dos meios de transportes que favoreciam a rápida disseminação de moléstias.⁹⁷

Na verdade, com uma periodicidade de dez exemplares por ano, esse periódico extrapolou, em muito, os limites de uma revista científica destinada à publicação de trabalhos dos pesquisadores da *Société de Pathologie Exotique*, para se tornar uma revista produtora de conhecimento da medicina tropical e, na qual, diversos cientistas ao redor do mundo, associados ou não a essa entidade, buscavam publicar seus trabalhos originais. Foi através do *BSPE* que Alphonse Laveran conseguiu captar uma rede de colaboradores interessados em doenças tropicais espalhados por lugares considerados estratégicos.

Dessa forma, postulo que, ao lado das sucessivas versões do *Tropical Diseases* de Patrick Manson, o *BSPE* foi um dos principais periódicos científicos destinados a publicações sobre doenças tropicais, em nível internacional, até a década de 1920. Contudo, essas duas publicações diferiam em abordagens e modelos de construção de conhecimento. Enquanto o *Tropical Diseases* era um manual controlado e escrito por Patrick Manson, servindo como uma espécie de bastião e principal referência no que tange às definições das doenças tropicais, o *BSPE* foi muito mais um instrumento de construção de conhecimento sobre essas moléstias, no qual eram publicados artigos de diferentes colaboradores, inclusive, com opiniões divergentes sobre determinadas questões.

Assim, no início do século XX, diversos centros de pesquisa, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, seguiam os preceitos da medicina tropical e buscavam identificar a tríade vetor-parasito-doença para dar respostas a diferentes moléstias parasitárias. Apresentados os principais conceitos, ideias, atores, instituições e periódicos científicos que foram mobilizados no processo de construção de conhecimento sobre as doenças tropicais, dissertarei, agora, a respeito da maneira pela qual duas manifestações patogênicas tão dispares entre si suscitaram a criação do novo gênero de protozoários e foram enquadradas sob uma mesma denominação: leishmanioses.

1.2 – A medicina tropical e o gênero *Leishmania*

⁹⁷ LAVERAN, Alphonse. Discours d'ouverture. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. n. 1, vol. 1, Paris, França, 1908, p. 1.

A criação do gênero *Leishmania* para o enquadramento médico dos agentes das duas manifestações clínicas secularmente conhecidas como calazar e botão do Oriente, foi um longo processo sociocognitivo que teve origem na similaridade observada entre os agentes patógenos dessas doenças. Nessa ocasião, contribuíram pesquisadores e instituições científicas de diferentes nacionalidades que mantinham relações comerciais e/ou imperialistas com regiões tropicais do globo terrestre e se preocupavam com as ameaças representadas por essas duas moléstias. Esse processo também só foi possível a partir da proposição de Louis Pasteur que atribuía a causalidade das doenças infecciosas à ação de um microorganismo específico.

Contudo por se tratar de protozoários, como mencionei no item anterior, a definição de causalidade entre patógenos e manifestações clínicas não foi um processo simples e se estendeu por décadas, até que fosse plenamente aceita pela comunidade médica internacional no início do século XX. A similaridade dos patógenos frente a distintas manifestações clínicas fomentava fortes embates entre médicos e pesquisadores, que, para além da tentativa de definir os agentes patógenos do botão do Oriente e do calazar, também debatiam a respeito da possibilidade de unidade entre essas manifestações cutâneas, que, englobadas na categoria de botão do Oriente, eram encontradas em diferentes territórios, sobretudo, em regiões tropicais.

Visando retratar o processo de enquadramento do botão do Oriente e do calazar como doenças associadas ao gênero *Leishmania*, analisarei, em primeiro lugar, os diferentes percursos de construção de conhecimento sobre seus patógenos, para, em seguida, demonstrar o processo de deslocamento de significado dessas duas manifestações clínicas nas quatro primeiras edições de *Tropical Diseases* entre os anos de 1898 e 1910. Nesse momento, o calazar e o botão do Oriente deixam de ser entendidos como entidades patogênicas distintas e particularizadas e passam a fazer parte de um grupo de doenças denominado leishmanioses.

Em 1885, o médico cirurgião escocês David Douglas Cunningham⁹⁸, que estava prestando serviço no *Indian Medical Service*, em Calcutá, Índia, desde 1869, foi o primeiro médico, associado a uma instituição imperialista europeia, a argumentar ter encontrado “organismos parasitas peculiares” em úlceras, identificadas a uma moléstia localmente

⁹⁸ David Douglas Cunningham (1869 – 1897) foi um médico escocês que trabalhou como assistente de pesquisa de Timothy Richards Lewis (1841 – 1886), na Índia, prestando serviço para o *Indian Medical Service* entre os anos de 1869 e 1897. ISAAC, J. D D Cunningham and the Aetiology of Cholery in British India, 1869 – 1897. *Medical History*. Vol. 42, 1998, p. 279, 279.

conhecida como “*Delhi boil*”⁹⁹. De acordo com esse pesquisador, esses parasitas peculiares seriam os responsáveis pela existência de úlceras cutâneas, em caráter endêmico na região de Deli, na Índia, e estariam relacionadas a determinados reservatórios de água contaminados.¹⁰⁰

Refletindo sobre o debate a respeito da identidade entre essas manifestações cutâneas, David Cunningham iniciou seu texto argumentando ter utilizado o antigo termo “*Delhi Boil*” no lugar do mais abrangente “*Oriental sore*”, por acreditar que úlceras cutâneas distintas, causadas por diferentes microorganismos específicos, estavam sendo abrigadas nessa segunda categoria¹⁰¹. Sobre a natureza desses parasitas peculiares, o pesquisador escocês afirmou que, apesar de ainda não ser possível chegar a uma conclusão definitiva, estava inclinado a considerá-los como representações de vários estágios de vida de um organismo simples de natureza micetozoária¹⁰², que se multiplicava por divisões e formações de esporos e que “*apparently to deal with the development of parent plasmodia or amoebae*”.¹⁰³

David Cunningham finalizou seu artigo com três páginas de ilustrações desse parasito peculiar que, de acordo com Hart¹⁰⁴, representavam, “claramente”, determinadas formas do ciclo de vida do protozoário, que, em 1906, seriam enquadradas no gênero *Leishmania* junto com outras estruturas celulares.¹⁰⁵

Após a primeira identificação do agente etiológico do “*Delhi Boil*”, outros cientistas, nos anos seguintes, publicaram pesquisas que tinham por objetivo discutir a questão do agente etiológico de úlceras cutâneas, suas relações de identidade e classificações. O pesquisador austríaco Gustav Riehl¹⁰⁶ descreveu, em 1886, o exame de um único caso, no qual relatou ter encontrado mais de vinte corpúsculos em uma única célula, que considerou tratar-se de

⁹⁹ CUNNINGHAM, D. *On the presence of peculiar parasitic organisms in the tissue of a specimen of Delhi boil*. Calcutta, Printed by the superintendent of government printing, India, 1885.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 21.

¹⁰¹ *Ibidem*.

¹⁰² Micetozoários são protistas peculiares que normalmente possuem forma de uma ameba, que em certas condições podem desenvolver corpos e produzir esporos, advindos de um esporângio similar aos organismos do reino Fungi. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>. Acesso: 26/05/2014.

¹⁰³ CUNNINGHAM, D. *On the presence of peculiar parasitic organisms in the tissue of a specimen of Delhi boil*. Op.cit., p. 29, *grifos meus*.

¹⁰⁴ HART, D. The scientific Proceedings of “Leishmaniasis: The First Centenary 1885 – 1985” Held at The Royal Army Medical College, 9 th November, 1985. *J. R. Army Med. Corps*, n. 132, 1985, p 127.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

¹⁰⁶ Gustav Riehl (1855 – 1943) foi um dermatologista nascido em Viena, que se dedicou ao estudo de diversas doenças de pele, se tornando catedrático da Universidade de Viena a partir de 1901. Disponível: https://www.wien.gv.at/wiki/index.php/Gustav_Riehl_der_%C3%84ltere. Acesso: 04/06/2014.

micrococcus¹⁰⁷, iniciando uma série de pesquisas que enquadrariam esse microorganismo nessa classificação.¹⁰⁸

Durante a década de 1890, dois cientistas russos também publicaram trabalhos sobre o agente etiológico de úlceras cutâneas encontradas em regiões tropicais. Em 1891, R. H. Firth¹⁰⁹ publicou “Notes on the Appearance of Certain Sporozoid Bodies in the Protoplasm of a ‘Oriental Sore’” no *British Medical Journal*, no qual, anunciou ter como objetivo confirmar e ampliar o que chamou de “notas preliminares de Cunningham.”¹¹⁰ Nessa ocasião, Firth narrou que, a partir de 1886, teve a oportunidade de observar e pesquisar muitos casos dessas úlceras devido ao grande número de soldados que retornavam do território do Paquistão com feridas cutâneas, quando iam lutar na frente de batalha do episódio que ficou conhecido como “Crise Búlgara”.¹¹¹

Por acreditar tratar-se de Sporozoos¹¹², Firth sugeriu como seu nome *Sporozoa furunculosa* e ressaltou sua peculiar influência patológica em climas tropicais, “onde era provavelmente parasita em homens e em animais”. Por fim, assim como Cunningham, Firth relatou que também acreditava que essa moléstia estava relacionada com águas estagnadas ou impróprias para o consumo.¹¹³

¹⁰⁷ Os micrococcus representam uma espécie de bactérias gram-positiva esférica cujos organismos ocorrem em tétrades e em grupos irregulares de tétrades. O habitat primário é a pele de mamíferos. Disponível: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Micrococcus%20luteus, Acesso em 02/01/2014.

¹⁰⁸ SOUSA, A. *Leishmaniose cutânea no Ceará: aspectos históricos, clínicos e evolução terapêutica*. Tese de doutorado. PPGF/UFC. Fortaleza, 2009, p. 40.

¹⁰⁹ Apesar de um longo levantamento bibliográfico, não foi possível encontrar maiores informações sobre esse médico.

¹¹⁰ FIRTH, R. H. “Notes on the Appearance of Certain Sporozoid Bodies in the Protoplasm of a ‘Oriental Sore’”. *British Medical Journal*, janeiro, 10, 1891, p. 61.

¹¹¹ A Crise Búlgara (1885- 1888) refere-se a uma série de acontecimentos nos Bálcãs entre 1885 e 1888 que impactaram no equilíbrio de poder entre as grandes potências e nos conflitos entre os austro-húngaros e russos. Foi um episódio na contínua crise balcânica visto que os povos vassallos lutavam pela independência do Império Otomano, mas conseguiram um mosaico de Estados-nações emergentes (balcanização) e de alianças instáveis com relações com a eclosão da Primeira Guerra Mundial. In: CRAMPTON, R. *A concise history of Bulgaria*. Cambridge University Press, Reino Unido, 2007.

¹¹² O filo Sporozoa engloba os protozoários que não possuem estruturas locomotoras. O nome do filo se refere ao fato de muitos representantes do grupo possuírem ciclos de vida complexos, com estágios em forma de esporos. Todos os esporozoários são parasitas. Algumas espécies causam doenças ao homem e a animais vertebrados, como aves e mamíferos, e invertebrados, como insetos e minhocas. Dependendo da espécie, o protozoário parasita habita diferentes locais do corpo do hospedeiro, seja o interior de células, o sangue ou as cavidades de diversos órgãos. Um dos mais conhecidos representantes dos esporozoários é *Plasmodium vivax*, causador de uma forma de malária no homem. In: http://www.geocities.ws/pri_biologiaonline/filo_sporozoa.html, visto em 02/01/2014.

¹¹³ FIRTH, R. H. “Notes on the Appearance of Certain Sporozoid Bodies in the Protoplasm of a ‘Oriental Sore’”. *Op. cit.*, p. 61.

Em 1898, outro pesquisador russo Peter Fokich Borovsky¹¹⁴ trabalhando em Tashkent, no Turquestão, publicou um artigo intitulado “*Sobre a Úlcera de Sart*” na *Voennno-Medicinskij Zurnal* (uma revista militar de medicina). Nesse artigo, mesmo desconhecendo os trabalhos anteriores de Cunningham e Firth, Peter Borovsky realizou uma minuciosa descrição dos parasitos encontrados nessas “úlceras de Sart”, identificando-os à classe dos protozoários e demonstrou o curso clínico e a “histopatologia” da doença por ele provocada.¹¹⁵

Seu trabalho escrito em russo, publicado em uma revista médica de pouca expressão e denominando essa doença por um nome local, ficou desconhecido da comunidade científica internacional até 1938, quando o protozoologista Cecil Arthur Hoare traduziu-o para o inglês e o publicou em “*Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine Hygiene*”, colocando-o como verdadeiro merecedor dos créditos por “ter sido o primeiro a dar uma descrição reconhecida da *Leishmania tropica*, e de fato das leishmanias em geral, e a colocando como protozoário.”¹¹⁶

Apesar dessas descrições anteriores, foi só em 1903, que o médico James Homer Wright¹¹⁷, trabalhando como diretor do laboratório clínico-patológico do Hospital Geral de Massachusetts, em Boston, nos Estados Unidos, descreveu um parasito encontrado em tecidos de úlceras de uma criança armênia e conseguiu alcançar visibilidade para os seus resultados. No seu artigo “*Protozoa in a case of tropical ulcer (“Delhi Sore”)*”, publicado em *The Journal Of Medical Research*, James Wright descreveu essa moléstia como endêmica apenas em países tropicais e subtropicais, revisou toda a literatura que considerava significativa sobre essas úlceras, para, em seguida, focar no caso analisado.¹¹⁸

Tratava-se de uma menina armênia de nove anos de idade que havia contraído essa moléstia cerca de dois meses antes de chegar ao hospital, ainda em sua terra natal. Apresentava uma lesão de aproximadamente doze milímetros, no lado esquerdo do rosto, na

¹¹⁴ Peter F. Borovsky (1853 – 1932) foi um médico russo que exerceu a administração da saúde pública no Turquestão, lugar onde seguiu a carreira de professor no *Tashkent Medical Institute*. In: SOUSA, A. *Leishmaniose cutânea no Ceará: aspectos históricos, clínicos e evolução terapêutica*. Op. cit., p. 191.

¹¹⁵ HOARE, C. Early discoveries regarding the parasite of oriental sore. 1938 *apud* SOUSA, A. *Leishmaniose cutânea no Ceará: aspectos históricos, clínicos e evolução terapêutica*. Op. cit., p. 40.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 41.

¹¹⁷ James H. Wright (1869 – 1928) foi um médico norte-americano de Baltimore que de 1893 até sua morte em 1928, trabalhou no Hospital Geral de Massachusetts, na cidade de Boston. Em 1896, apenas com apenas 27 anos, assumiu a direção do recém-fundado Laboratório de Patologia desse hospital, trabalhando nele por trinta anos. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11756774>. Acesso: 04/05/2014

¹¹⁸ WRIGHT, J. Protozoa in a case of tropical ulcer (“Delhi sore”). *The Journal of Medical Research*, Boston, 1903.

bochecha, próxima à boca e ao nariz. Após o diagnóstico de botão de Aleppo, pedaços de tecidos da lesão foram extraídos e enviados para análises em preparações de álcool metílico e corados com o método Romanowsky¹¹⁹, cujo processo havia sido publicado no volume anterior desse periódico, em 1902.¹²⁰

Devido a suas características morfológicas e sua coloração diferencial nesse novo método Romanowsky, pareceu razoável a James Wright considerar o parasito encontrado como um protozoário e, apesar de afirmar ser incapaz de dar uma opinião definitiva, acreditava se tratar de microsporídios¹²¹. Wright propõe denominá-lo *Helcosoma tropicum* e não mais *Sporozoa furunculosa*, por acreditar que não se tratava do mesmo organismo formador de esporo, próximo à ameba, como aquele descrito por Cunningham, em 1885, e nomeado por Firth, em 1891.¹²²

Enquanto isso, na Índia, uma grave doença pouco conhecida e popularmente denominada calazar (febre negra), ou febre dum-dum, preocupava as autoridades imperialistas inglesas devido a suas altas taxas de mortalidade entre nativos e europeus. O médico escocês Willian Boog Leishman¹²³, que estava trabalhando a serviço da coroa britânica nesse país, pelo *Royal Army Medical Corps*, se deteve em estudá-la entre os anos de 1890 e 1897, quando teve a oportunidade de retornar à Inglaterra.¹²⁴

Em 1900, Leishman foi efetivado como professor assistente de patologia da Faculdade de Medicina do Exército e ganhou maior autonomia na realização de suas pesquisas. Esse pesquisador conseguiu identificar, durante uma autópsia de tecidos do fígado de um soldado inglês que havia morrido com o diagnóstico de calazar, corpúsculos ovais que acreditava

¹¹⁹ De acordo com Sá, esse método foi desenvolvido, acidentalmente, pelo cientista russo Dimitri L. Romanowsky (1861 – 1921) e publicado nesse periódico. Permitia diferenciar “o núcleo do parasito (que se tingia de vermelho) do citoplasma (que se tingia de azul), evidenciando com mais nitidez as estruturas celulares.” Sá, M. Os estudos em malária aviária e o Brasil no contexto científico internacional (1907-1945). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, pp. 499 – 518, 2011, p. 501.

¹²⁰ ROMANOWSKY, D. A Rapid Method for Differential Staining of Blood Films and Malarial Parasites. *The Journal of Medical Research*, Boston, 1902.

¹²¹ Microsporídios são protozoários pertencentes ao filo Microsporidia e à ordem Microsporida, com amplo espectro clínico. Esses microorganismos são parasitos intracelulares dos vertebrados e invertebrados, caracterizados pela produção de esporos resistentes e pela presença de tubo polar. Disponível: <http://www.parasitologiaclinica.ufsc.br/index.php/info/conteudo/doencas/protozooses/microsporidiase/>. Acesso em: 02/-1/2014.

¹²² WRIGHT, J. Protozoa in a case of tropical ulcer ("Delhi sore"). *Op. cit.*, p. 487.

¹²³ Willian Boog Leishman (1865 –1926) foi um parasitologista britânico, nascido na cidade de *Glasgow*. Após se formar, se filiou ao *Royal Army Medical Corps* sendo designado para trabalhar na Índia. Disponível: <http://www.universitystory.gla.ac.uk/ww1-biography/?id=247>. Acesso: 04/06/2014.

¹²⁴ ROLLESTON, H. & POWER, H. Leishman, Sir, Willian Boog Leishman (1865 – 1926), bacteriologist and pathologist. Oxford, *Oxford Dictionary of National Biography*, 2004. Disponível em: <http://www.oxforddnb.com/view/printable/34488>. Acesso: 26/05/2014.

serem o seu agente patológico, publicando os resultados de sua pesquisa na edição de 30 de maio de 1903 do *The British Medical Journal*. Contudo, mesmo após seus estudos, ainda pairava uma dúvida sobre a natureza desse agente etiológico: não se sabia ao certo se esses organismos eram esporozoários ou protozoários.¹²⁵

Dois meses mais tarde, o pesquisador Charles Donovan¹²⁶ trabalhando, de forma independente no *Indian Medical Service*, descreveu parasitos semelhantes aos encontrados por Leishman e publicou suas conclusões no mesmo periódico, na edição de 11 de junho desse mesmo ano. Ronald Ross, que já havia estudado essa moléstia e considerado-a uma infecção secundária associada à malária, propôs que se criasse um novo gênero, chamando *Leishmania*, para enquadrar o patógeno encontrado por Willian Leishman e Charles Donovan. Ainda em 1903 Laveran e Mensil propuseram denominar o agente etiológico do calazar de *Leishmania-Donovani*¹²⁷, em homenagem a essa dupla de estudiosos.¹²⁸

Dessa forma, ficou estabelecido, em 1903, que o botão do Oriente era causado por um protozoário denominado *Helcosoma tropicum*, e acreditava-se que sua veiculação estava relacionada a suprimentos de água. O calazar, por conseguinte, antes considerado uma manifestação patogênica associada à malária, passou a ser entendido, também nesse mesmo ano, como uma doença particularizada, que tinha como seu agente causal um protozoário que agia como agente causal denominado *Leishmania-Donovani*.

Em 1906, três anos após a criação do gênero *Leishmania* para enquadrar o protozoário responsável pelo calazar, e a identificação do *Helcosoma tropica* como patógeno do botão do Oriente, um cientista alemão, Max Luhe¹²⁹ demonstrou a grande semelhança morfológica existente entre esses protozoários em uma revista de medicina tropical germânica. No seu artigo, Luhe argumentou que devido à similaridade observada, o agente patógeno do botão do Oriente deveria ser enquadrado no mesmo gênero que foi criado para designar o agente causal

¹²⁵ *Ibidem*.

¹²⁶ Charles Donovan (1863 – 1951) foi um médico irlandês que trabalhou na agência imperialista inglesa no *Indian Medical Service*, e, nessa oportunidade, descreveu parasitos do calazar. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18463075>. Acesso: 04/06/2014.

¹²⁷ Considero relevante ressaltar que, nesse primeiro momento, o agente patógeno responsável pelo calazar era grafado com os dois nomes em letra maiúscula, *Leishmania-Donovani*, não existindo ainda uma separação do gênero *Leishmania* em sub-gêneros. Processo esse que, conforme abordarei, foi um evento do ano de 1906.

¹²⁸ Para um melhor entendimento sobre esse processo, Cf.: GUALANDI, F. Medicina tropical no Brasil: Evandro Chagas e o estudo sobre a leishmaniose visceral americana década de 1930. *Op.cit.*

¹²⁹ Apesar de um longo levantamento bibliográfico, não foi possível encontrar maiores informações sobre esse médico.

do calazar, trazendo um problema tanto para os protocolos de pesquisa da microbiologia quanto para os da medicina tropical.¹³⁰

A partir de então o gênero *Leishmania* passou a compreender dois protozoários morfológicamente idênticos, mas que causavam doenças absolutamente distintas. A *Leishmania donovani* era a responsável pelo calazar, doença que comprometia órgãos internos e com altos índices de mortalidade, enquanto a *Leishmania tropica* era o patógeno do botão do Oriente, moléstia que ocasionava úlceras cutâneas e apresentava um curso clínico de, aproximadamente, um ano para sua cura espontânea. Se Louis Pasteur havia postulado a doutrina do agente etiológico específico de cada doença, na qual a partir do agente patogênico se identificaria a manifestação clínica, os protozoários do gênero *Leishmania* desafiavam essa doutrina e faziam com que só fosse possível identificar e classificar o patógeno através do conhecimento do quadro clínico do paciente em questão.

Como dois protozoários tão similares poderiam causar doenças absolutamente distintas? Essa é uma questão sobre a qual, mesmo atualmente, não há um consenso no meio científico. Em artigo de 2003, Raymond Jacobson, do departamento de parasitologia da Universidade Hebraica de Israel, argumentou que em determinados lugares a infecção por *L.tropica* estaria resultando em leishmaniose visceral. Não pretendo me estender muito sobre esse assunto, mas considere relevante abordar essa questão para demonstrar a maneira pela qual as leishmanioses forçam, inclusive atualmente, os limites do paradigma da microbiologia e, conseqüentemente, da medicina tropical. As leishmanioses são ótimos exemplos de que as classificações taxonômicas e as relações de causalidades patógeno – doença não pertencem ao mundo natural, mas são estabelecidas na tentativa de compreendê-lo.¹³¹

Esse processo de enquadramento de manifestações patogênicas sob a denominação de leishmanioses, apesar de concluído para o botão do Oriente e o calazar no início do século XX, continuou, ao longo da década de 1910, com os debates relacionados à inclusão de uma terceira modalidade de manifestação patogênica nesse grupo de doença, a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA). As questões relacionadas à inclusão da LTA como uma leishmaniose serão analisadas no terceiro capítulo dessa dissertação, quando me debruçarei sobre a produção de conhecimento científico entre as décadas de 1910 e 1920.

¹³⁰ JACOBSON, R. *Leishmania Tropica* (Kinetoplastida: Trypanosomatidae) – a perplexing parasite. *Folia parasitológica*, n. 50, 2003, p. 241.

¹³¹ *Ibidem*, p. 47.

1.3 – O *kalazar* e o *Oriental sore* no *Tropical Diseases*

Como já foi mencionado nesse capítulo, Patrick Manson lançou a primeira edição de *Tropical Diseases – A manual of Warm Climate*, em 1898. A partir de então, esse manual se tornaria paradigmático para a compreensão da categoria de “doenças tropicais” e para a propagação dos preceitos e práticas da medicina tropical. Esse manual contou com uma série de reedições, que, até o início da década de 1920, eram responsabilidade direta de seu próprio autor. Ao longo dessas edições, podemos perceber o deslocamento de significados que o *kalazar* e o *botão do Oriente* sofreram, sobretudo, nas primeiras edições desse manual, antes de serem englobados sob a denominação de leishmanioses.

No rol das doenças tropicais, essas duas manifestações patogênicas estiveram presentes desde a primeira edição desse manual. Contudo, o *kalazar* se encontrava na seção destinada a “*fever*”, enquanto o *Oriental sore* estava alocado na seção destinada às “*infective granulomatous diseases*”. Apesar de ainda não existirem definições quanto aos seus agentes patógenos, seus modos de transmissão e tratamentos, Patrick Manson considerou importante incluí-las como doenças tropicais por considerá-las problemas reais da vida europeia em seus territórios coloniais de climas quentes.

De acordo com Manson, na cidade de Bagdá, mesmo em uma estadia de poucos dias, era praticamente impossível escapar do ataque do *botão do Oriente*, enquanto que, na cidade de Deli, no ano de 1864, de 40 a 70% da população europeia residente nessa localidade já havia contraído úlceras cutâneas.¹³² Relacionando o *botão do Oriente* às condições de salubridade e higiene de determinados locais, Manson acreditava que melhoramentos sanitários reduziam significativamente as possibilidades de contaminação e, apesar de afirmar não ser possível detectar a população suscetível nos termos de raça, sexo, idade, ocupação ou condições sociais, pontuava que, nos trópicos, essas úlceras eram mais prevalentes no início da estação fria, enquanto que, em países de climas temperados, eram mais comuns no final do inverno e início do verão, mesclando, em ambos os casos, anos de alta incidência com outros de relativa raridade.¹³³

¹³² MANSON, P. *Tropical Diseases*. *Op. cit.*, 1898, p. 443.

¹³³ *Idibem*.

Quanto ao agente etiológico dessas úlceras cutâneas, partindo do princípio de que um mesmo microorganismo era o responsável pelas úlceras cutâneas encontradas em territórios tropicais distintos, Patrick Manson percorreu a produção de conhecimento científico executada por Cunningham, em 1885, por Riehl, em 1886, e por Firth, em 1891, mas ponderou acreditar que o agente patológico responsável por essa moléstia ainda estava por ser descrito, uma vez que, em nenhum dos casos, foi possível reproduzir as condições necessárias para a associação entre o parasito e a doença.¹³⁴

Enquanto isso, em relação ao calazar, manifestação patogênica considerada particularizada de regiões da Índia, ainda se discutia sobre suas relações de identidade com manifestações de malária, uma vez que essas duas moléstias compartilhavam áreas endêmicas nesse país, fazendo com que, em muitas autópsias, fosse encontrado o plasmódio nos tecidos analisados¹³⁵. Devido à incipiência do conhecimento a respeito do calazar, nessa ocasião, Patrick Manson concluiu sua breve nota com a seguinte afirmação: “*Its is evident that much clinical, aetiological, and pathological work has yet be devoted to the study of kala-azar before its true nature can be definitely affirmed*”.¹³⁶

Na terceira edição do *Tropical Diseases*, lançada em 1906, apesar de continuar mantendo o calazar e o botão do Oriente em sessões de manifestações patogênicas distintas, tal como nas duas primeiras edições, Patrick Manson acrescentou importantes modificações na maneira pela qual compreendia o calazar. No lugar da breve nota da primeira edição, o texto a respeito do calazar veio dividido em tópicos (como os das demais doenças). Manson pontuou que, para além das regiões endêmicas da Índia, existiam registros de casos esporádicos e também endêmicos em outras regiões tropicais, nas quais, usualmente, eram interpretadas erroneamente como caquexia malárica.¹³⁷ Por essa razão, em certo ponto do texto, Manson advertia que o “*Kala-azar attack both sexes, all ages, but, unlike malaria, its shows a predilection for the acclimatized – the natives and old residents – and in them said to be several and fatal as in the case of newcomers*”.¹³⁸ Também argumentava que, a despeito das indefinições em relação ao seu agente etiológico, acreditava que se tratava de uma forma de tripanossomo.¹³⁹

¹³⁴ *Ibidem*, p. 445.

¹³⁵ *Ibidem*, p. 192.

¹³⁶ *Ibidem*, p. 193.

¹³⁷ *Idem*, *Tropical Diseases – A manual of the diseases of Warms Climates*. 3. Ed. Londres, 1910, p. 272.

¹³⁸ *Ibidem*, p. 272.

¹³⁹ *Ibidem*, p. 275.

Apesar de, como mencionado no item anterior, as associações entre os protozoários patógenos e as manifestações mórbidas do calazar e do botão do Oriente, terem ocorrido, consensualmente, em 1906, foi somente na quarta edição de *Tropical Diseases*, em 1910, que Patrick Manson alterou seu manual de maneira significativa, afirmando que o corpúsculo descrito por Wright confirmava o trabalho de Cunningham e era o parasita responsável pelo botão do Oriente. Certificou ainda que o protozoário descrito por William Leishman e Charles Donovan também era, de fato, o responsável pelo calazar. Nessa ocasião, a despeito de ainda mantê-las em sessões distintas de seu manual, Manson já associava essas duas manifestações aos protozoários do gênero *Leishmania*, destacando a similaridade encontrada entre os seus agentes patógenos. Na tentativa de encontrar uma explicação sobre os motivos que levavam protozoários tão similares a produzirem doenças absolutamente distintas, esse pesquisador admitiu que, provavelmente, haveria duas formas de transmissão diferenciadas: a direta, na qual uma mosca ou outro inseto sugador de sangue agiria como vetor mecânico, e a indireta, quando o parasito se desenvolvia dentro de seu hospedeiro intermediário e passava por mudanças em seu interior, explicando assim suas diferentes manifestações.¹⁴⁰

Nessas quatro primeiras edições de *Tropical Diseases* é bastante significativo o deslocamento de significado percorrido por essas duas moléstias em seu manual. Se, na primeira edição, de 1898, o *kalazar* e o *Oriental sore* eram consideradas patologias absolutamente distintas e com desenhos etiológicos desconhecidos, na quarta edição, elas passaram a apresentar relações de identidade por serem causadas por protozoários morfológicamente idênticos. Na verdade, essas moléstias e seus agentes causais passavam a desafiar o conhecimento estabelecido pelos protocolos da microbiologia e da medicina tropical.

É ainda interessante notar a importância relacionada a essa conclusão, pois, nas suas três primeiras edições, as contracapas de *Tropical Diseases* estampavam representações das diferentes formas do plasmódio. Na edição de 1910, por sua vez, na qual Patrick Manson ressaltou a semelhança observada entre os agentes patógenos do calazar e do botão do Oriente, o desenho que estampou a contracapa foi o dos protozoários patógenos e morfológicamente idênticos responsáveis por essas duas doenças.¹⁴¹ Assim, em 1910, ficou estabelecido que, apesar do calazar e do botão do Oriente serem manifestações absolutamente distintas, apresentavam como agentes causais protozoários morfológicamente semelhantes do

¹⁴⁰ *Ibidem*, p. 591.

¹⁴¹ Para ver a ilustração dos protozoários do botão do Oriente e do calazar, ver: Anexo I, página 116.

gênero *Leishmania*. Definidos os agentes etiológicos e, parcialmente, as relações de identidade estabelecidas entre essas duas doenças, ainda faltava esclarecer uma série de questões para a compressão desse grupo de moléstias, entre as quais a definição dos seus mecanismos de transmissão. Contudo, a partir de 1910, um novo debate relacionado aos protozoários do gênero *Leishmania* e suas manifestações clínicas diferenciadas passou a chamar atenção de médicos e pesquisadores que se dedicavam ao estudo desse grupo de moléstias.

Diversos cientistas presentes na América do Sul, naturais dessa região e, outros, europeus, trabalhando, na maioria das vezes, em alguma parte do território brasileiro, passaram a advogar a ideia de existência de uma ou mais modalidades de leishmanioses particularizadas nesse continente. De acordo com esse grupo de cientistas, existiria, ao menos, uma modalidade de leishmaniose própria dessa região, que, além de ter um curso clínico muito mais agressivo, comprometia as cavidades mucosas e nasais dos seus portadores, podendo inclusive levá-los a óbito, caso essas feridas evoluíssem e comprometessem o seu sistema respiratório, não raro em casos não tratados. Nos dois próximos capítulos, essa dissertação se debruçará sobre a produção científica desenvolvida para compreender essa nova modalidade “americana” de leishmaniose, tentando entender quais eram as principais questões e pontos em debate.

CAPÍTULO 2: A leishmaniose no Brasil (1894 – 1913)

Oriental sore

Definition – *A Specific ulcerating granuloma of the skin, endemic within certain areas in many warm countries. (...)*

Geographical and seasonal distribution – *Among the endemic places may be named Morocco, the Sahara (Briska, Gafsa), Egypt, Crete, Cyprus, Asia Minor, Syria (Aleppo), Mesopotamia (Bagdad), Arabi, Persia, the Caucasus, Turkestan, India (Labore, Multan, Delhi, etc.). (...) Juliano describes (Jour. Des Mal. Cut. Et Syph., Oct, 1890) the disease as being common in Bahia, Brazil ; the name Oriental sore, suggested by Tilbury Fox, is therefore no longer quite appropriate.¹⁴²*

A epígrafe transcrita acima é o início do tópico sobre o *Oriental sore* da primeira edição de *Tropical Disease – A manual of the disease of warm climates*. Nele, Patrick Manson refletiu o incômodo causado pela identificação clínica do botão do Oriente por Juliano Moreira¹⁴³, no estado da Bahia, Brasil, em 1890. De acordo com esse autor, a partir de então, o termo de *Oriental sore*, proposto por William Tilbury Fox, perderia sua eficácia e passava a ser geograficamente inapropriado. Oriunda de uma tradição médica que relacionava doenças a determinados espaços geográficos do globo terrestre, essa nomenclatura, apesar de ainda corrente no meio médico europeu, passava a ser questionada, devido às regiões ocidentais em que essa moléstia estava sendo diagnosticada.

Patrick Manson estava se referindo aos trabalhos publicados por Juliano Moreira no *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, da França, ao longo da década de 1890. Neles, Moreira relacionava uma doença localmente conhecida como “botão da Bahia” ao

¹⁴² MANSON, P. *Tropical Diseases – Op. cit.*, p. 442.

¹⁴³ Juliano Moreira (1873 – 1932) foi um médico brasileiro que nasceu na cidade de Salvador. Apesar de ser reconhecido por seus trabalhos relacionados ao campo da psiquiatria, no início de sua carreira Moreira se dedicou à dermatologia. JACOBINA, R. & GELMAN, E. Juliano Moreira e a Gazeta Medica da Bahia. *História ciência saúde-Manguinhos*. vol.15, n.4, 2008.

“botão de Biskra”¹⁴⁴. Em 1895, Juliano Moreira publicou dois artigos no periódico científico *Gazeta Médica da Bahia* que são, consensualmente, reconhecidos como os primeiros a relatarem, de forma direta, a identificação clínica do botão do Oriente no Brasil, em um periódico médico nacional.¹⁴⁵

No seu primeiro artigo, “*Existe na Bahia o botão de Biskra? Estudos clínicos*”, Moreira realizou uma minuciosa descrição dos casos examinados, apontou a possibilidade de sua veiculação pela picada do mosquito *murum*, que “tem sido muitas vezes atribuído por alguns doentes [a]o início da infecção”¹⁴⁶, e demarcou distinções entre essas manifestações cutâneas e as de outras doenças, como a sífilis¹⁴⁷. Além disso, afirmou que estava realizando uma série de ensaios de inoculações e estudos anatomopatológicos, mas que não os divulgaria por ainda estarem incompletos, se comprometendo, no entanto, a publicá-los assim que chegasse a conclusões definitivas.¹⁴⁸

No segundo artigo do mesmo ano, “*Distribuição geográfica do botão endêmico dos países quentes*”, Moreira iniciou seu trabalho realizando uma defesa explícita dos preceitos da geografia médica e de seus interlocutores, como Budin, Hirsch e Lombard¹⁴⁹. Propôs-se, em seguida, a realizar um estudo sobre a distribuição geográfica dessa moléstia, defendeu a ideia de denominá-la botão endêmico dos países quentes e postulou que a sua descrição da distribuição dessa moléstia seria “a mais completa até hoje escrita”.¹⁵⁰

Dessa forma, ainda no final do século XIX, já era clinicamente conhecida a existência do botão do Oriente no Brasil. Contudo, conforme demonstrarei nesse capítulo, foi somente a

¹⁴⁴ Patrick Manson, em sua introdução, fez referência a um artigo publicado no *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* publicado em outubro de 1890. Contudo a única referência encontrada foi um artigo publicado nesse periódico em 1895. MOREIRA, J. Le bouton endémique des pays chauds observé à Bahia. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, Paris, n. 10, 1895.

¹⁴⁵ Antes de Juliano Moreira, outro médico baiano, Alexandre Cerqueira, já estudava o botão da Bahia desde 1885, sem, contudo, identificá-lo às úlceras cutâneas conhecidas como botão do Oriente ou botão de Biskra. No Rio de Janeiro também existiam registros de bustos na faculdade de medicina (FMRJ) que “indubitavelmente” demonstram casos de úlceras mucosas de leishmanioses datados de 1882 e 1884, contudo carecem de identificação à moléstia conhecida no Velho Mundo. Breda de Pádua, na Itália, em 1884, examinou casos de úlceras mucosas em imigrantes italianos, sem, contudo, relacioná-las às leishmanioses e diagnosticando-as como “boubra brasileira”. Cf.: VALE, E. C. & FURTADO, T. Leishmaniose tegumentar no Brasil: revisão histórica da origem, expansão e etiologia. *Annais Brasileiros de Dermatologia*. vol. 80, n. 4, 2005, p. 422.

¹⁴⁶ MOREIRA, J. Existe na Bahia o botão de Biskra?: estudo clínico. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, v.26, 1895, p. 254.

¹⁴⁷ *Ibidem*, p. 257.

¹⁴⁸ *Ibidem*, p. 254; JACOBINA, R. & GELMAN, E. Juliano Moreira e a Gazeta Medica da Bahia. *Op.cit.*, 2008, p. 1086.

¹⁴⁹ Para maiores informações sobre a geografia médica e seus principais interlocutores Cf: EDLER, F. *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitos e patologia tropical*. *Op. cit.*, 2011.

¹⁵⁰ MOREIRA, J. Distribuição geográfica do botão endêmico dos países quentes. *Gazeta Medica da Bahia*, 1895, p. 369.

partir de 1909, com a confirmação do diagnóstico parasitológico, que essa manifestação patogênica suscitou o interesse e a preocupação de diferentes médicos e pesquisadores espalhados pelo território nacional, que passaram a buscar definir suas principais áreas endêmicas, seu mecanismo de transmissão e outras questões relacionadas à sua etiologia, como suas identidades com as úlceras cutâneas encontradas nas regiões orientais e suas distintas manifestações clínicas.

Esse segundo capítulo tem por objetivo discorrer a respeito do processo pelo qual a existência da leishmaniose cutânea foi parasitologicamente confirmada no Brasil, analisar como essa doença se tornou objeto de pesquisa para os praticantes da medicina tropical e a forma com que alcançou visibilidade no cenário médico nacional. O capítulo está organizado em duas partes. A primeira destina-se a abordar a maneira pela qual os preceitos e as práticas da microbiologia e da medicina tropical foram apropriados pelos diferentes personagens e instituições científicas no Brasil e as suas relações com projetos públicos de modernização republicana no país. Em seguida, retratarei as relações estabelecidas entre as identificações parasitológicas de leishmaniose cutânea no Brasil, com destaque para o Amazonas, e a institucionalização do campo da medicina tropical no país.

2.1 – Microbiologia, medicina tropical e saúde pública

Como um resultado quase imediato da divulgação da doutrina microbiana de Louis Pasteur, diversos cientistas espalhados por diferentes países se empenharam em adquirir seus métodos e suas técnicas para assim investigarem as questões etiológicas das doenças que compunham a nosologia de suas terras natais. No Brasil, de acordo com Jaime Benchimol¹⁵¹, um dos primeiros catedráticos a se dedicar à “caça de micróbios” foi Domingos José Freire, médico responsável pela cadeira de química orgânica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), e que, entre 1874 e 1876, havia conhecido diferentes sistemas de ensino médico na Europa, como o da Bélgica, de Viena, de Paris, da Alemanha, da Rússia e da Suíça. Qualificando-o como “um bacteriologista que obteve grande projeção nacional e internacional

¹⁵¹ BENCHIMOL, Jaime. Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. *História, Ciência-Manguinhos*. vol. 2, n. 1, pp. 67 – 98, 1995.

no último quartel do século passado [séc. XIX]”¹⁵², Jaime Benchimol recorreu à sua trajetória, em diversas oportunidades, para ilustrar os primórdios da microbiologia no Brasil.¹⁵³

Domingos José Freire, ao retornar de sua viagem à Europa, dedicou-se ao estudo do agente causal da febre amarela, e, em finais de 1879, declarou ter descoberto germes que acreditava serem os seus causadores. Em um primeiro momento, para sua terapêutica, propôs a aplicação de “injeções subcutâneas de salicilato de soda, um antisséptico e antipirético que a indústria alemã fabricava em grande quantidade”.¹⁵⁴ Já em 1883, Freire havia desenvolvido uma vacina através do *Cryptococcus xanthogenicus*, “uma planta microscópica cuja virulência atenuou por meio de técnicas recém-concebidas por Pasteur”¹⁵⁵, configurando-se como a primeira vacina produzida, sob os preceitos da microbiologia, a adentrar o terreno das patologias humanas.¹⁵⁶

Promovido à presidência da Junta Central de Higiene Pública, em finais desse mesmo ano, Domingos José Freire encontrou as condições de que necessitava para disseminar sua vacina. Estima-se que, no período em que esteve à frente dessa instituição, compreendido entre 1883 e 1894, ao menos 12.329 imigrantes e nativos foram inoculados com sua vacina. Ainda em 1884, o trabalho de Freire foi apresentado às Academias de Medicina e de Ciência de Paris, onde obteve reações favoráveis de personagens importantes da medicina francesa.¹⁵⁷

Em uma segunda viagem à Europa (1886 – 1887) Freire submeteu comunicações à Academia de Ciência de Paris e foi recebido na Sociedade de Biologia, na Academia de Medicina e na Sociedade de Terapêutica Dosimétrica. Ao retornar ao Brasil, Domingos José Freire foi glorificado, com grande alvoroço, como um herói da ciência nacional: seu percurso em Paris repercutiu na imprensa nacional, contribuindo positivamente para o sucesso de seu trabalho. Semanas depois viajava para Washington, como delegado brasileiro para participar do IX Congresso Médico Internacional, no qual foi aprovada uma resolução recomendando sua vacina à atenção de todos os países afetados pela febre amarela.¹⁵⁸

¹⁵² *Ibidem*, p. 69.

¹⁵³ Jaime Benchimol recorre à trajetória de Domingos José Freire, em distintos trabalhos, para ilustrar a institucionalização da microbiologia no Brasil, como em sua tese de doutorado: BENCHIMOL, J. *Do Pasteur dos micróbios ao Pasteur dos mosquitos. Febre amarela no Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, PPGH/UFF, Niterói, Rio de Janeiro, 1995, transformada no livro: *Idem*, *Dos micróbios aos mosquitos: a febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro. UFRJ, 1999 e outros artigos como: *Idem*, *Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil*. *Op. cit.*; *Idem*. *A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil*. *Op. cit.*; *Idem*. “Febre amarela e a instituição da microbiologia no Brasil”. *Op. cit.*

¹⁵⁴ BENCHIMOL, J. *A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil*. *Op. cit.*, p. 269.

¹⁵⁵ *Ibidem*.

¹⁵⁶ BENCHIMOL, J. *Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil*, *Op. cit.*, p. 75.

¹⁵⁷ *Ibidem*.

¹⁵⁸ *Ibidem*, p. 77; *Idem*, *A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil*, *Op. cit.*, p. 270.

Porém nem só de flores foi feita a trajetória de Domingos José Freire. Cientistas brasileiros como João Batista de Lacerda, do Museu Nacional do Rio de Janeiro, e estrangeiros consagrados como Robert Koch, da Alemanha, e Felix Le Dantec, da França, criticavam abertamente seus métodos, suas técnicas e suas conclusões, desqualificando seu trabalho. O presidente da *American Public Health*, George Sternberg, em 1887, com objetivo oficial de investigar os trabalhos sobre a febre amarela, desenvolvidos por cientistas da América Central e do Sul, e em especial o produzido por Freire, publicou o documento final de seu levantamento, o “*Report on the ethiology and prevention of yellow fever*”, afirmando que esses pesquisadores haviam fracassado na tentativa de isolar e produzir uma vacina eficaz contra essa moléstia, engrossando o caldo contrário às conclusões desse cientista brasileiro.¹⁵⁹

Nesse mesma época, um grupo majoritariamente formado por ex-alunos de Freire e catedráticos da FMRJ, entre os quais se encontravam Francisco Farjado, Eduardo Chapot-Prévo, Carlos Seidl, Virgílio Ottoni e Oswaldo Cruz, se colocava em sintonia com os estudos e as pesquisas que estavam sendo realizadas em nível internacional no campo da microbiologia. Adquirindo técnicas laboratoriais e instrução teórica, próprios dos cânones metodológicos dessa ciência, esse grupo despontou em conflito aberto com seu antigo professor, Domingos José Freire. Classificando seus métodos e suas técnicas como rudimentares, esses jovens bacteriologistas passaram a exercer concorrência na confecção dos diagnósticos das moléstias que afligiam o cotidiano de populações e se tornavam questões de saúde pública.¹⁶⁰

Em São Paulo, esse grupo contava com o apoio dos dirigentes do, então, recém - fundado Instituto Bacteriológico desse estado, e nele se destacam dois nomes: o pasteuriano francês Felix Le Dantec, que assumiu a diretoria desse instituto, no final de 1892, com a promessa de implementar um programa ambicioso para inaugurar a bacteriologia em São Paulo, e Adolpho Lutz, cientista brasileiro formado em faculdade germânica, que havia sido nomeado subdiretor dessa instituição e assumiu sua liderança quando Le Dantec retornou à Europa, em menos de um ano de trabalho em São Paulo.¹⁶¹ De acordo com Benchimol & Silva¹⁶², os institutos bacteriológicos Domingos Freire e o de São Paulo foram os primeiros

¹⁵⁹ *Idem*, Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. *Op. cit.*, p. 78; *Idem*. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil, *Op. cit.*, p. 270.

¹⁶⁰ *Idem*, Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. *Op. cit.*, p. 82; *Idem*, A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil, *Op. cit.*, p. 271.

¹⁶¹ BENCHIMOL, J. & SÁ, M. *Febre amarela, malária e protozoologia*. *Op. cit.* p, 87.

¹⁶² BENCHIMOL, J. & SILVA, A. “Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República”. *Op. cit.*, 2008.

lugares a adotarem preceitos da microbiologia no país¹⁶³, divergindo, contudo, em seus métodos, técnicas e conclusões.

O primeiro embate público aconteceu em fins de 1893, quando Domingos Freire divulgou um relatório no qual identificava a “febre biliosa dos países quentes”, presente no interior de São Paulo, a uma manifestação diferenciada de malária. Francisco Farjado e seu grupo criticaram abertamente as conclusões de Freire e recorriam aos referenciais teóricos europeus e, sobretudo, franceses, a fim de demonstrar que essas eram manifestações de malária e que o único agente causal da malária era o plasmódio de Laveran.¹⁶⁴

A partir de então passariam a ser frequentes as disputas por diagnósticos e, conseqüentemente, por ações de profilaxia nos episódios de epidemias no Rio de Janeiro e em São Paulo durante a década de 1890. O grupo de Farjado criticava, como já ressaltai, o que chamava de rudimentares técnicas de microbiologia de Freire. Enquanto esse, por sua vez, defendia-se acusando os opositores de serem caluniosos e estarem limitados aos trabalhos desenvolvidos por pesquisadores como Laveran que defendiam uma etiologia singular da malária.¹⁶⁵

Em 1894, uma grande epidemia no vale do Paraíba, que chegou a fechar as comunicações por terra e mar entre Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, colocou novamente esses dois grupos em uma controvérsia. Oswaldo Cruz, Francisco Farjado e Eduardo Chapot-Prévot, do Rio de Janeiro, apoiavam Adolpho Lutz, de São Paulo, no diagnóstico de cólera, devido à presença do bacilo de Koch nas amostras analisadas. Para os médicos locais, entretanto, tratava-se de “diarreias determinadas por fatores locais”. Domingos Freire respaldou o diagnóstico dos médicos locais, tornando-o oficial e contestando a presença do bacilo Koch nas amostras analisadas.¹⁶⁶

Outro importante episódio de disputa de diagnóstico que teve importância ímpar para a história das instituições de pesquisa médica no Brasil foi a epidemia de peste bubônica que irrompeu fortemente no porto de Santos em 1899. Diagnosticada por Vital Brazil, do Instituto Bacteriológico de São Paulo e contestada por comerciantes e pela imprensa local, foi confirmada por Oswaldo Cruz, que acabara de retornar de sua estadia em Paris, onde recebera orientação no Instituto Pasteur. Essa epidemia, ou o medo dela, foram catalisadores de novas instituições médicas em São Paulo e no Rio de Janeiro.¹⁶⁷

¹⁶³ *Ibidem*, p. 722.

¹⁶⁴ BENCHIMOL, J. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil, *Op. cit.*, p. 270.

¹⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁶⁶ *Ibidem*, p. 272.

¹⁶⁷ KROPF, S. *Doença de Chagas, Doença do Brasil. Op. cit.*, p. 71, 72.

Com o objetivo de produzir soro antipestoso (antes só fabricado no Instituto Pasteur de Paris) foram criados novos institutos destinados à sua fabricação. Em São Paulo, vinculado ao Instituto Bacteriológico, foi criado um laboratório que, sob a liderança de Vital Brazil, logo se converteria no Instituto Butantã e, no Rio de Janeiro, foi instituído, pelo então prefeito Cesar Alvim, o Instituto Soroterápico Federal, com o barão de Pedro Afonso como seu diretor geral e Oswaldo Cruz como seu diretor técnico. Esse instituto nasceu com o objetivo de fornecer o soro antipestoso à Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) em caso de alastramento da epidemia paulista.¹⁶⁸

Em pouco tempo de funcionamento, o barão de Pedro Afonso se afastou das suas atividades no instituto, dando lugar para Oswaldo Cruz assumir a sua direção plena. Apesar de ter sido criado com o objetivo específico de fabricar e fornecer o soro antipestoso, Cruz, desde o seu início, buscou a ampliação das fronteiras desta instituição. Ao assumir a direção do DGSP, em 1903, tentou reestruturar os serviços de saúde pública da Capital e enviou ao Congresso Nacional um projeto do qual “constava a transformação do instituto num centro de estudos de doenças tropicais que, à semelhança do Instituto Pasteur de Paris, englobaria também a fabricação de soros, vacinas e demais produtos biológicos, além do ensino da bacteriologia”.¹⁶⁹

Como diretor do DGSP, Oswaldo Cruz teve a intenção de enfrentar três doenças, consideradas graves problemas de saúde pública na Capital Federal – febre amarela, varíola e peste bubônica – por meio de estratégias específicas que diferiam daquelas empregadas por seus antecessores¹⁷⁰. Elegendo um número limitado de doenças a atacar, Cruz privilegiou o combate aos seus vetores (mosquitos e ratos) e a vacinação obrigatória (no caso da varíola), o que, de acordo com Jaime Benchimol, demonstrou que sua gestão estava em sintonia com os recentes trabalhos no campo da microbiologia e da medicina tropical que estavam sendo produzidos no cenário internacional.¹⁷¹

¹⁶⁸ *Ibidem*.

¹⁶⁹ Esse projeto, contudo, encontrou grande resistência no legislativo e a parte relativa à expansão do instituto foi rejeitada. Apesar disso, com sobras de verbas da DGSP, Oswaldo Cruz conseguiu fazer com que essa instituição fosse se ampliando progressivamente até que, em 1906, por solicitação de pecuaristas mineiros, foi desenvolvido “uma técnica original de preparo da vacina contra o carbúnculo sintomático ou peste de manqueira” garantindo assim “uma renda própria fundamental para expansão do instituto”. *Ibidem*, p. 83, 84.

¹⁷⁰ BENCHIMOL, J. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, J. & DELGADO, L. *O Brasil republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 265, 266.

¹⁷¹ *Ibidem*, p. 271.

Foi, porém, somente após a vitória de sua campanha no Rio de Janeiro, da repercussão do primeiro trabalho do pesquisador Henrique Aragão¹⁷² no campo da medicina tropical¹⁷³ e do reconhecimento internacional do Instituto de Manguinhos, no Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim em 1907, que o modesto laboratório Soroterápico transformou-se no dinâmico Instituto de Patologia Experimental, que logo seria rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz.¹⁷⁴

Desde seu início, amparados pelos preceitos da microbiologia e da medicina tropical, os médicos e pesquisadores que atuavam no Instituto Oswaldo Cruz (IOC) buscaram identificar a ciência produzida nesse instituto como uma atividade comprometida publicamente com os destinos da nação, e, ao oferecerem soluções para as demandas sanitárias nacionais, conferiam também identidade e legitimidade para sua instituição¹⁷⁵. Dessa forma, e segundo Stepan, o Instituto de Manguinhos se destacou, principalmente, por conseguir estabelecer uma relação com o governo e outros órgãos públicos e privados em que estes “clientes” se beneficiavam concretamente do conhecimento produzido por esses cientistas¹⁷⁶.

Dentre suas principais atividades, constavam os trabalhos de profilaxia específica, sobretudo da malária, que tinham por objetivo dar resposta a desafios impostos à execução de projetos modernizantes e de infraestrutura, como nas campanhas sanitárias realizadas na construção da ferrovia da hidrelétrica de Itatinga, nas obras da Inspetoria Geral de Obras Públicas, na Baixada Fluminense, na expansão da Estrada Central do Brasil, em Minas Gerais, na construção da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil e da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré e no Vale do Amazonas por requisição da Superintendência de Defesa da Borracha.¹⁷⁷

¹⁷² Henrique Aragão (1879 – 1956) foi um médico brasileiro que trabalhou no IOC durante toda sua carreira, ocupando os cargos de assistente, chefe de serviço, professor e diretor. Como veremos no 3º capítulo, foi o primeiro pesquisador a associar a veiculação da *L. braziliensis* a uma determinada espécie de flebotômio. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=193&sid=58>. Acesso: 06/07/2014.

¹⁷³ Para maiores informações sobre o trabalho de Henrique Aragão. Cf: SÁ, M. Os estudos em malária aviária e o Brasil no contexto científico internacional (1907-1945). *Op. cit.*, 2011.

¹⁷⁴ BENCHIMOL, J. & SÁ, M. “Adolpho Lutz e a História da Medicina Tropical no Brasil: o resgate da obra de um grande cientista”. Niterói. Revista *Insight Inteligencia*, out-nov, 2003, p. 82.

¹⁷⁵ KROPF, Simone. *Doença de Chagas, Doença do Brasil*. *Op. cit.*, p. 40.

¹⁷⁶ STEPAN, Nancy. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. *Op. cit.*, 1976.

¹⁷⁷ LIMA, Nísia. *Um sertão chamado Brasil*. Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. *Op. cit.*, 1999, p. 87.

Durante estas campanhas, os cientistas de Manguinhos, via de regra, realizavam trabalhos profiláticos requeridos para o desenvolvimento desses projetos modernizantes, ao mesmo tempo em que desempenhavam um trabalho científico destinado ao estudo da forma de transmissão de importantes doenças e, em especial, da presença e comportamento de seus vetores, enriquecendo suas coleções científicas “com exemplares de mosquitos, barbeiros e moluscos, fundamentais para as linhas de pesquisa que então se desenvolviam”.¹⁷⁸

Outra instituição criada no bojo do desenvolvimento dos campos da microbiologia e da medicina tropical no Brasil, e de suma importância para rastreamos as primeiras detecções e pesquisas parasitológicas da leishmaniose no país, é o Instituto Pasteur de São Paulo. Criado em 1903 “com objetivo de produzir conhecimentos científicos, proceder ao tratamento anti-rábico, elaborar produtos biológicos de uso humano e veterinário e realizar exames diagnósticos”, esse instituto conseguiu funcionar durante doze anos exercendo as atividades para as quais foi criado.¹⁷⁹

De acordo com Luiz Antonio Teixeira esse instituto paulista se diferiu dos demais congêneres criados à mesma época em outros estados brasileiros.¹⁸⁰ Enquanto esses outros institutos, de uma forma geral, restringiam suas atividades à produção de pesquisas sobre determinadas doenças e/ou puramente a atividades clínicas, o Instituto Pasteur de São Paulo, desde o seu início, “se voltou para as atividades de pesquisas bacteriológicas, ensino e produção de imunizantes, se constituindo como um dos principais centros de pesquisa biomédica paulista na segunda década desse século [XX]”.¹⁸¹

Formado por um grupo da elite médica paulista e inspirado no modelo institucional que deu origem ao Instituto Pasteur de Paris, esse instituto paulista se dedicou à pesquisa de doenças tropicais em estados endêmicos ou epidêmicos no Estado de São Paulo¹⁸², ganhando maior notoriedade, sobretudo, após 1906, quando o cientista italiano Antonio Carini passou a dirigi-lo. Durante sua administração, Carini, ao lado de Ulisses Paranhos e, em menor medida, Eduardo Marques e Francisco Mastrangioli “transformariam a instituição em uma das mais produtivas no que concerne a publicações científicas”.¹⁸³

¹⁷⁸ *Ibidem*, p. 80.

¹⁷⁹ TEIXEIRA, L. A. *Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903 – 1916*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p.5.

¹⁸⁰ *Ibidem*.

¹⁸¹ *Ibidem*, p. 29.

¹⁸² *Ibidem*, p. 60.

¹⁸³ *Ibidem*, p. 81.

Como argumentarei a seguir, os primeiros diagnósticos parasitológicos da leishmaniose no Brasil, o fomento à sua pesquisa e sua visibilidade no cenário médico nacional, estiveram intrinsecamente associados aos projetos de modernização republicana e as expedições médico-científicas comandadas por pesquisadores associados aos institutos de pesquisa acima mencionados, que, no início do século XX, buscavam dar resposta aos problemas sanitários impostos à realização desses diferentes empreendimentos republicanos. É, justamente, nesse cenário que a Amazônia ganha visibilidade como campo de pesquisas privilegiado sobre esse grupo de doenças.

2.2 – Os projetos de modernização republicana e as pesquisas sobre leishmaniose no Brasil: a expedição de Carlos Chagas ao vale do Amazonas

As expedições médico-científicas realizadas no início do século XX que tinham os objetivos principais de dar resposta aos desafios sanitários impostos à execução de projetos de modernização republicana, já foram objeto de muitas análises, sobretudo no campo da História das Ciências.¹⁸⁴ Nessas oportunidades, prestando especial atenção aos processos de recepção, institucionalização, consolidação e difusão da microbiologia e da medicina tropical no Brasil, esses trabalhos se dedicaram a compreender momentos de disputa de diagnósticos para o enfrentamento de graves problemas de saúde pública,¹⁸⁵ dos processos de (re) formulações da identidade nacional e conhecimento do interior do país,¹⁸⁶ das questões relacionadas à construção do Estado Nação e os problemas de saúde pública nos estados durante a Primeira República,¹⁸⁷ das relações internacionais estabelecidas em ciência,¹⁸⁸ da singularidade do espaço amazônico para o conhecimento de manifestações patogênicas e a

¹⁸⁴ Para maiores informações sobre esses projetos de modernização republicana, Cf: LIMA, N. *Um sertão chamado Brasil. Op. Cit.*; BENCHIMOL, J. & SILVA, A. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *Op. Cit.*; Sá, D. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, vol. 16, 2009, pp. 183 – 203.

¹⁸⁵ BENCHIMOL, Jaime. Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. *Op. cit.*; *Idem*. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Op. cit.*

¹⁸⁶ LIMA, N. *Um sertão chamado Brasil. Op. Cit.*; LIMA, N. & HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil redescoberto pelo Movimento sanitário da Primeira República. *Op. cit.*

¹⁸⁷ HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. Op. cit.*

¹⁸⁸ SÁ, M. Os estudos em malária aviária e o Brasil no contexto científico internacional (1907-1945). *Op. cit.*

maneira pela qual se dava seu enfrentamento em âmbito regional¹⁸⁹, das disputas inter-regionais por diagnósticos epidemiológicos e defesa da identidade local¹⁹⁰, do percurso trilhado por Carlos Chagas no processo de definição de uma nova patologia humana e seu agente etiológico, com enfoque especial na importância destes eventos para a consolidação do IOC e da medicina brasileira¹⁹¹, das relações estabelecidas entre cientistas brasileiros e teorias europeias estigmatizantes¹⁹², entre outros.

Nestes trabalhos, ficou claro que, durante as execuções de trabalhos profiláticos nos campos de obras dos projetos de modernização republicana, “os cientistas destacados para debelar surtos epidêmicos, não se limitaram a realizar as campanhas”. Fizeram observação sobre aspectos de doenças adquirindo novos conhecimentos e contribuindo “com a institucionalização no país de um novo campo que então se estabelecia nas potenciais colônias europeias: a medicina tropical”.¹⁹³

Pretendo contribuir para essa discussão, demonstrando, nesse tópico, que, para além de contribuírem ativamente para o conhecimento de doenças como a malária, a febre amarela e doenças de Chagas, essas expedições também guardaram íntimas relações com o processo de construção de conhecimento sobre as leishmanioses no Brasil. Tanto a confirmação do seu diagnóstico parasitológico quanto a maneira pela qual essa moléstia ganhou visibilidade no cenário médico brasileiro foram eventos atrelados aos projetos de modernização republicana e às expedições médico-científicas que visavam garantir suas execuções.

Entre os meses finais de 1908 e os iniciais de 1909, uma epidemia de úlceras cutâneas e mucosas começou a acometer os operários que trabalhavam na construção da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, ferrovia que deveria interligar o estado de São Paulo a Mato Grosso.¹⁹⁴ Conhecida popularmente nessa região como úlcera do Bauru, essa moléstia passou a representar um problema real para a conclusão desse empreendimento, quando, em uma

¹⁸⁹ SCHWEICKARDT, J. C. *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890 – 1930)*. *Op. cit.*

¹⁹⁰ SÁ, D. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a reperiurcussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, vol. 16, 2009, pp. 183 – 203.

¹⁹¹ KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*.

¹⁹² CARRARA, S. *Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996; STEPAN, Nancy. *"Eugenia no Brasil, 1917-1940"*. In: Hochman, Gilberto; Armus, Diego. (Org.). *Controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp.331-391.

¹⁹³ BENCHIMOL J. & SILVA, A. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *Op. Cit*, p. 719.

¹⁹⁴ SILVA, L. J. “Vianna and the discovery of *Leishmania braziliensis*: the role of Brazilian parasitologists in identification of Bauru’s ulcer as American leishmaniasis.” *Parasitologia*. n. 47, 2005, p. 336.

zona de mata, interrompeu o andamento normal das obras de construção dessa ferrovia e, ao mesmo tempo, lotou os leitos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

A relevância dessa epidemia foi tamanha que a edição número seis da *Revista Médica de São Paulo* foi editada com atraso e trouxe, como introdução, um texto intitulado “Úlceras do Bauru”, que ocupou as três primeiras páginas desse volume.¹⁹⁵ O seu primeiro parágrafo justificava:

Os nossos leitores devem ter estranhado a demora havida no aparecimento do presente numero da Revista Médica. O motivo deste retardamento é o seguinte: abalado o nosso meio científico com a noticia da descoberta pelo Dr. Adolpho Lindenberg, ajudante do Instituto Bacteriológico do Estado, do microorganismo causador das úlceras conhecidas pelo nome de Úlceras do Bauru, achamos que seria de vantagem se a sua comunicação preventiva pudéssemos ajuntar outros trabalhos visando a verificação da mesma: d’ai o termos retardado a publicação da Revista por alguns dias, afim de estamparmos também a monografia dos Drs. A. Carini e Ulysses Paranhos confirmativa daquela descoberta.¹⁹⁶

O motivo do atraso dessa edição da revista estava relacionado a dois diferentes diagnósticos parasitológicos que atribuíam essas úlceras do Bauru a manifestações patogênicas de leishmaniose cutânea. Notícias essas que, de acordo com os editores desse periódico, haviam abalado o meio científico daquele estado e justificavam, inclusive, o atraso desta revista. Ao realizar um histórico das pesquisas sobre essas úlceras em São Paulo, esses editores afirmaram que “há muito tempo os nossos hospitais e laboratórios se preocupavam com a solução deste importante problema”, fazendo com que fosse experimentado no tratamento “um grande número de medicamentos, sem que se encontrasse um que tivesse uma ação absolutamente específica”¹⁹⁷.

Em certo ponto do texto, ainda na primeira página da introdução, teceram o seguinte comentário a respeito das manifestações patogênicas dessas úlceras, encontradas em Bauru:

As feridas que correspondem bastante a certas descrições de úlceras fagedênicas dos países quentes, não se limitam as extremidades inferiores,

¹⁹⁵ As úlceras de Bauru. *Revista Médica de São Paulo*. n. 6, 1909, p. 109.

¹⁹⁶ *Ibidem*.

¹⁹⁷ *Ibidem*.

mas observam-se também nas superiores e até na cabeça, onde às vezes, as mucosas participam do processo inflamatório e ulcerativo.¹⁹⁸

Após apontar as diferenças nos aspectos clínicos dessas feridas, noticiar alguns relatos de casos estudados e ainda transcrever partes das reportagens que haviam sido publicadas no jornal *Estado de São Paulo*, com notícias a respeito das pesquisas sobre essas úlceras, a *Revista Médica de São Paulo* deu prosseguimento à sua publicação, veiculando o artigo “Identificação das úlceras de Bauru ao botão do Oriente” escrito por Antonio Carini e Ulisses Paranhos, do Instituto Pasteur de São Paulo¹⁹⁹, seguido por “A úlcera do Bauru e seu micróbio (comunicação preventiva)”, escrito por Adolpho Lindemberg, do Instituto Bacteriológico do mesmo Estado²⁰⁰. Esses dois artigos são considerados os primeiros a relataram parasitologicamente a existência de leishmaniose cutânea no Brasil.

Além de publicarem os resultados de suas pesquisas na *Revista Médica de São Paulo*, esses cientistas também divulgaram suas conclusões na mesma edição do *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*²⁰¹, periódico, que, como argumento, já se estruturava como um dos principais veículos de construção de conhecimento científico sobre as doenças tropicais e, em especial, sobre questões relacionadas às leishmanioses, em nível internacional. Em todas essas duas oportunidades, os pesquisadores atuantes no estado de São Paulo tiveram, como objetivos centrais de seus trabalhos, a intenção de demonstrar que, apesar de alguns casos apresentarem diferentes manifestações patogênicas, os protozoários encontrados deveriam ser identificados àquele responsável pelo botão do Oriente na Europa, na África e na Ásia, a *Leishmania tropica*.

De acordo com Eduardo Rabello²⁰², além de ser considerado o primeiro diagnóstico parasitológico da leishmaniose no Brasil, a identificação das úlceras de Bauru a uma modalidade de leishmaniose foi “importantíssimo” do ponto de vista do conhecimento da nosologia geral das leishmanias, uma vez que esses foram os primeiros casos de detecção de

¹⁹⁸ *Ibidem*.

¹⁹⁹ CARINI, A. & Paranhos, U. Identificação das úlceras de Bauru ao Botão do Oriente. *Revista Médica de São Paulo*. N. 6, 1909, p. 111.

²⁰⁰ LINDEMBERG, A. A úlcera de Bauru e seu micróbio. Comunicação preventiva. *Revista Médica de São Paulo*. N. 6, 1909, p. 116.

²⁰¹ CARINI, A. & PARANHOS, U. Identification de l’“Ulçera de Bauru” avec le bouton d’Orient. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 2, n. 5, 1909, p. 255 ; LINDENBERG, A. L’Ulcère de Bauru ou le bouton d’Orient au Brésil. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 2, n. 5, 1909, p. 252.

²⁰² RABELLO, E. Contribuições ao estudo da leishmaniose tegumentar no Brasil. I. Histórico e Sinonímia. *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*. 1925.

parasitas desse gênero em úlceras mucosas, clinicamente diferenciáveis das úlceras cutâneas conhecidas como botão do Oriente²⁰³. Essa detecção de leishmanias em feridas mucosas abriu caminho para que lesões semelhantes fossem diagnosticadas como manifestações leishmanióticas em outros pontos do território nacional.²⁰⁴

Dessa forma, nos anos seguintes ao diagnóstico em Bauru, a expansão territorial da leishmaniose cutânea foi, gradativamente, aumentada no Brasil. Seja através de artigos publicados em periódicos científicos, nos quais médicos reportavam tê-las diagnosticados parasitologicamente, seja na confirmação de sua presença em determinadas regiões do território nacional, como fizeram Carlos Rao e Alfredo da Matta no Amazonas²⁰⁵ e Pirajá da Silva na Bahia.²⁰⁶ Nesse período, também verifica-se um importante movimento de doentes, no qual aqueles que residiam em localidades no interior do Brasil se deslocavam aos grandes centros urbanos em busca de auxílio médico e tratamento para suas úlceras e, por isso, serviam como indicadores da existência dessa moléstia em estados como Minas Gerais, Rio de Janeiro e o Espírito Santo.²⁰⁷

A partir de 1912, com a organização da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, por um grupo de médicos ligados majoritariamente à FMRJ e ao IOC,²⁰⁸ a leishmaniose cutânea passou a chamar alguma atenção e a figurar, mesmo que espaçadamente, nas páginas dos jornais de grande circulação da Capital Federal. Na maior parte das vezes, com reportagens alarmistas, periódicos, como *A Noite*, *O Paiz* e *Correio da Manhã*, reproduziam as discussões e os debates estabelecidos em congressos e no âmbito das reuniões dessa sociedade com o objetivo principal de reportar o perigo iminente de uma epidemia de “uma nova lepra” que ameaçava grassar sobre o Brasil e, especialmente, a cidade do Rio de Janeiro.²⁰⁹

²⁰³ *Ibidem*, p. 18.

²⁰⁴ *Ibidem*, p. 19, 20.

²⁰⁵ RAO, C. Leishmaniose ulcerosa no Amazonas. *Revista Médica de São Paulo*, n. 7, 1910, p. 165; DA MATTA, A. Leishmaniose trópica – (Nota clínica do primeiro caso observado em Manaus). *Revista Médica de São Paulo*, n. 7, 1910, p. 440.

²⁰⁶ SILVA, P. La leishmaniose cutané a Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*. Bahia, Brasil, vol. 44, n. 9, 1913, p. 384.

²⁰⁷ RABELLO, E. Contribuições ao estudo da leishmaniose tegumentar no Brasil. *Op. cit.*, p. 19, 20.

²⁰⁸ CARRARA, S. Tributo a Vênus. *Op. cit.*, p. 90.

²⁰⁹ Entre as reportagens alarmistas sobre o perigo de uma epidemia de leishmaniose no Rio de Janeiro, cito: *A Noite*: 02/10/1912: *Estamos ameaçados de uma epidemia de leishmaniose - a Sociedade Brasileira de Dermatologia discute o assunto*; 01/11/1912: *O sério perigo da leishmaniose*; *Correio da Manhã*: 02/10/1912: *A Sociedade Brasileira de Dermatologia reuniu-se ontem. O professor Terra diz que é preciso chamar a atenção dos poderes públicos para uma nova lepra a propagar-se entre nós*; 01/11/1912: *Nossos médicos falam sobre a leishmaniose*; *O Paiz*: 01/11/1912: *Uma epidemia que nos ameaça*.

Em abril desse mesmo ano, alguns desses jornais da Capital Federal voltaram a reportar as atividades ocorridas durante o VII Congresso Brasileiro de Medicina, realizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. De acordo com o jornal *Correio da Manhã*, “a conferência de Carlos Chagas e as sessões da Sociedade Brasileira de Dermatologia deram a nota mais brilhante naquele certame científico.”²¹⁰ Em uma grande reportagem sobre esse congresso médico, os jornalistas desse periódico deram destaque à conferência realizada por Carlos Chagas no próprio estado em que executou a sua, então, recente descoberta de 1909.²¹¹ Entretanto, também mereceu destaque o trabalho apresentado, no âmbito da Sociedade Brasileira de Dermatologia, por Gaspar Vianna²¹², pesquisador paraense, recém contratado pelo Instituto Oswaldo Cruz. Nessa oportunidade, Vianna realizou uma comparação entre os tratamentos de úlceras cutâneas e mucosas pelo *Salvarsan*²¹³, método então mais utilizado, e pelo seu novo método, baseado na aplicação de tártaro emético, chamando bastante atenção, devido à sua eficácia, dos médicos e pesquisadores preocupados com a problemática representada pela leishmaniose.

Já conhecendo seus efeitos terapêuticos sobre os tripanossomos e ciente dos múltiplos acidentes por ele acarretado devido sua alta toxicidade, Gaspar Vianna apresentou, em sua comunicação, os resultados de suas pesquisas que demonstravam a superioridade do tártaro emético no tratamento das úlceras causadas pela leishmaniose. Expôs sua técnica de diluí-lo em soro fisiológico para, em seguida, injetá-lo, em diversas sessões, por via intravenosa, no paciente, diminuindo sua toxicidade e tornando-o tolerável ao doente.²¹⁴

²¹⁰ Jornal *Correio da Manhã*, 29/04/1912, p. 2.

²¹¹ Para maiores informações sobre o processo relacionado à descrição da doença de Chagas, Cf.: KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil. Op. cit.*

²¹² Gaspar Vianna foi um pesquisador paraense que durante sua formação na FMRJ, havia se aproximado do professor Eduardo Chapot-Prévost, responsável pela cátedra de histologia. Com a saída do pesquisador Henrique de Rocha Lima do IOC, para intercâmbio e aprimoramento de seus estudos na Alemanha, a promoção de Carlos Chagas a “chefe de serviço” desse instituto e subsequente vaga na instituição, Oswaldo Cruz procurou por um novo histologista para Manguinhos. Provavelmente por recomendações do catedrático da FMRJ, o diretor do IOC convidou, pessoalmente, Vianna a fazer parte daquele instituto e se dedicar aos estudos relacionados ao parasito da nova moléstia de Chagas. FALCÃO, E. *Gaspar Vianna. Sua vida e sua obra. Op. cit.*, p. 11; ALBUQUERQUE, M. de. & MACIEL, L. *Resenha histórica das pesquisas em Leishmaniose (do início do século à década de 1930) – A contribuição do Instituto Oswaldo Cruz. IOC/COC, 2005, p. 23.*

²¹³ O *Salvarsan* também conhecido pelos nomes de “606” e “914”, era um medicamento utilizado no combate da sífilis que, apesar de sua alta toxicidade, também passou a ser utilizado no tratamento de úlceras cutâneas e mucosas das leishmanioses. In.: CARRARA, S. *Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, p. 34.

²¹⁴ VIANNA, G. Tratamento da leishmaniose pelo tártaro emético. Comunicação ao 7º Congresso brasileiro de Medicina e Cirurgia. Belo Horizonte. Minas Gerais, 1912, p.215; FALCÃO, E. *Gaspar Vianna. Sua vida e sua obra.* 1962, p. 13.

Em 02 de Outubro de 1912, a leishmaniose voltou a estampar as capas de periódicos do Rio de Janeiro. Com uma extensa reportagem intitulada “*Estamos ameaçados de uma epidemia de leishmaniose. A Sociedade Brasileira de Dermatologia discute o assunto*”, o jornal *A NOITE*, noticiou os discursos proferidos na última sessão da sociedade em questão. Nessa reportagem, ficou claro que os membros participantes dessa reunião advogavam, sobretudo, a necessidade de convencer as autoridades competentes da importância da criação de um plano unificado que tivesse como objetivo principal combater os males provocados pela leishmaniose em todo território nacional.²¹⁵

Eduardo Rabello, na qualidade de secretário dessa sociedade, também lembrava, nessa mesma ocasião, “ser conveniente que se entenda com Dr. Oswaldo Cruz para que a comissão que seguiu para o Amazonas, onde existe um foco da doença, se empenhe particularmente em estudar o modo de sua transmissão”.²¹⁶ Rabello se referia à expedição médico-científica ao vale do Amazonas que havia sido requerida pela *Superintendência de Defesa da Borracha* ao IOC e seria comandada por Carlos Chagas.

Ainda em outubro de 1912, o cientista de Manguinhos, acompanhado de Pacheco Leão e João Pedrosa, embarcou em um navio rumo à cidade Manaus, de onde partiria em suas viagens pelos rios do interior do Amazonas. Já havendo indícios de que essa região era uma possível zona endêmica de leishmaniose, Carlos Chagas se preparou para encontrá-la e levou consigo material necessário para testar em campo o tratamento via tártaro emético, proposto por Gaspar Vianna. A julgar pelos principais registros dessa viagem, sobretudo o seu relatório e o texto de sua palestra no Palácio Monroe, os resultados obtidos em campo podem ser classificados como melhores do que o esperado.

Com o objetivo de realizar um levantamento sobre as condições epidemiológicas e de vida dos principais centros produtores de borracha, essa expedição fazia parte de um conjunto maior de ações do Governo Federal que, através do Plano de Defesa Econômica da Borracha, buscava modernizar as técnicas de extração e fabrico da borracha no norte do país e dar maior competitividade ao produto nacional no mercado externo, seriamente abalado devido à nova

²¹⁵ *A Noite*, Estamos ameaçados de uma epidemia de leishmaniose. A Sociedade Brasileira de Dermatologia discute o assunto. 02/10/1912, p.1.

²¹⁶ *Ibidem*.

concorrência desencadeada pela produção de borracha inglesa racionalmente plantada em suas colônias asiáticas.²¹⁷

Sendo a questão sanitária considerada um dos principais gargalos da produção nacional, o ministro Pedro Toledo do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC) escreveu em seu relatório anual que as expedições médico-científicas ao vale do Amazonas, organizadas pelo IOC, eram “pedra fundamental de todo plano de medidas a se executar” e esperança de “encaminhar para o grande vale uma corrente progressivamente crescente de braços, que o transformaram em pouco tempo, fazendo surgir novas indústrias, cada qual com mais valor, ao lado da grande indústria da goma elástica”.²¹⁸

Amplamente acompanhada pela grande imprensa, essa expedição deveria percorrer as bacias dos rios Acre, Juruá, Solimões, Negro e Branco²¹⁹. Suas conclusões, no entanto, eram aguardadas não só devido à esperança de resultados práticos para a resolução da crise da borracha, como também pelas expectativas de que essa viagem poderia produzir novas questões para o desenvolvimento da medicina tropical no Brasil²²⁰. A viagem ainda despertava interesse porque a região amazônica era entendida como um lugar singular para o estudo das manifestações das doenças tropicais e também porque essa era a primeira expedição científica realizada por Carlos Chagas após descrever a moléstia que ganharia seu nome.

Ao chegar a Manaus, os pesquisadores integrantes dessa comissão foram amplamente bem recebidos pela população local. Em uma de suas primeiras ações nessa cidade, Carlos Chagas foi convidado pelo Dr. Figueiredo Rodrigues²²¹ a visitar a Santa Casa de Misericórdia desse estado. Chegando ao hospital, Chagas encontrou alguns doentes com “úlceras malignas”, conhecidas na região como *ferida brava*, moléstia que, segundo lhe foi informado,

²¹⁷ BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. *Relatório ministerial Agricultura, Indústria e Comércio*. Rio de Janeiro. 1911-1912, p. 166. Para maiores informações sobre auge e crise da economia da borracha ver, por exemplo, WEINSTEIN, B. *A Borracha na Amazônia: Expansão e decadência (1850 – 1920)*. São Paulo, USP, 1993; DEAN, W. *A luta pela borracha no Brasil: um estudo de história ecológica*. São Paulo, Nobel, 1989; DIAS, E. *A ilusão do fausto – Manaus 1890 – 1920*, Valer, 2007.

²¹⁸ *Ibidem*.

²¹⁹ *Ibidem*.

²²⁰ SCHWEICKARDT, J. e LIMA, N. “Do “inferno florido” à esperança do saneamento: ciência, natureza e saúde no estado do Amazonas durante a Primeira República (1890-1930).” *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.* vol.5, n.2, 2010, p.405.

²²¹ Formado pela FMRJ em 1897, esse médico foi para Manaus em 1904 junto a Comissão de Saneamento de Manaus, permanecendo na cidade após encerramento da mesma. SCHWEICKARDT, J. *Ciência, nação e região. Op. cit.*, p.151.

era frequentemente encontrada em todos os rios da Amazônia, resistente “ao mais demorado tratamento cirúrgico” e considerada “um flagelo quase equiparável à malária” na região.²²²

Após observações e análises laboratoriais, Carlos Chagas chegou à conclusão de que esses casos de *feridas bravas* tratavam-se de manifestações mucosas de leishmaniose. Para seu tratamento, receitou, pela primeira vez, o tártaro emético, seguindo as orientações prescritas por Gaspar Vianna. Inicialmente demonstrando-se incrédulo quanto aos seus rápidos efeitos, Chagas chegou a atribuir as “melhoras acentuadas, principalmente nos fenômenos dolorosos”, relatadas pelos pacientes, à “sugestão”. Pois “a serem reais as referências dos doentes, os efeitos do emético são muito rápidos”.²²³

Durante suas viagens ao interior desse estado, pelos rios do vale do Amazonas, esse cientista teve a oportunidade de verificar a extensão do problema representado por essa moléstia, confirmar os altos graus de endemicidade nas diversas localidades percorridas e qualificá-la como “um dos maiores obstáculos ao trabalho” no interior do Amazonas²²⁴. Em sua viagem a Rio Branco, por exemplo, relatou que pôde “estudar casos variados de afecções cutâneas, entre elas predominando as úlceras leishmaniósicas,” sobre as quais observou:

Destas a maioria datava de muitos anos, sendo que uma das maiores observadas teve seu início há 5 ou 6 anos. Isso demonstra a grande resistência do protozoário aqui, aos processos de reação orgânica, o que constitui uma diferença entre ele e o da leishmaniose do Oriente. A comissão observou ainda 5 ou 6 casos de leishmaniose de nariz, alguns com propagação para a garganta. Um dos doentes deste grupo de afecção nasofaringeana, apresentava uma úlcera no abdômen e outras nas costas, esta datando de 6 anos, ao passo que a afecção do nariz era mais recente. A comissão fez neste doente aplicação de emético, tendo podido observar, decorridos 15 dias, a cicatrização das úlceras das costas e do abdômen, com melhoras considerável de afecção nasofaringeana.²²⁵

De acordo com esse cientista, a forma mais frequente de leishmaniose encontrada no Amazonas era a nasal, “que apresenta aspecto mais ou menos uniforme nos diversos doentes e

²²² CRUZ, O. Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas. *Op. cit.*, p. 140. Conforme foi apontado por SCHWEICKARDT e LIMA, apesar de o relatório ter sido assinado por Oswaldo Cruz, podemos considerar que Carlos Chagas foi o seu autor, uma vez em que o texto final deste documento é muito semelhante às anotações feitas por Chagas durante sua estadia no Amazonas. Para maiores informações ver: SCHWEICKARDT, J. C. & LIMA, N. T. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910 – 1913). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 14, suplemento, pp. 15 – 50, 2007.

²²³ *Ibidem*, p. 54.

²²⁴ *Ibidem*, p. 140.

²²⁵ CRUZ, O. Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas. *Op. cit.*, p. 89.

se impõe ao diagnóstico etiológico.”²²⁶ Apesar de encontrar o corpúsculo específico de *Leishmania* nessas lesões, e de observar a grande resistência do protozoário na região amazônica, Carlos Chagas acreditava que essas afecções nasais poderiam ser fruto de uma infecção secundária causada por autoinoculação. Em seus registros, sempre existiram informações que levam o leitor à conclusão de que as lesões nasais e/ou mucosas apareceram posteriormente às lesões cutâneas, construindo assim o diagnóstico de autoinoculação.²²⁷

Além das feridas nasais, esse pesquisador destacou a verificação de outra modalidade de leishmaniose cutânea, “não a conhecendo de trabalhos anteriores”. Tratava-se de uma modalidade com “processo puramente papilamitoso”, apresentando lesões “com aspecto de couve-flor, de superfície às vezes lisa, de colorido roxo avermelhado e sangrando abundantemente ao menor corte, como se fora um angioma”.²²⁸ Essa modalidade clínica encontrada no Amazonas era denominada *esponja* por seus portadores. E, de acordo com Carlos Chagas, guardava “de modo indubitável, a sua identidade com a esponja da Colômbia e do Peru”, além de conseguir ser tratada pela ação do tártaro emético.²²⁹

Sobre as técnicas de aplicação do medicamento proposto por Gaspar Vianna, apesar de postular, em viagem ao rio Tarauacá, que “conviria muito, se possível, simplificar”²³⁰, Carlos Chagas afirmou que, ao fazer “longo uso deste processo”, em suas viagens pelos rios do Amazonas, conseguiram “resultados altamente favoráveis”, de modo que ele e os demais integrantes dessa comissão se convenceram “da especificidade do processo”. O método serviu de base para conseguirem realizar “a cura de grandes números de úlceras cutâneas e ainda a de alguns casos de leishmaniose das mucosas, julgadas mais resistentes ao tratamento.”²³¹

Ainda sobre a leishmaniose, Carlos Chagas teceu, outra vez no seu relatório, interessantes comparações dos seus diferentes cursos clínicos no Amazonas e nas regiões orientais do globo terrestre, disse ele:

É de interesse salientar a diferença notável, no ponto de vista evolutivo e nos aspectos extensos das lesões, entre a leishmaniose da Amazônia e a do Oriente. Ao passo que em Bagdá, conforme os minuciosos estudos de Wenyon, a leishmaniose cutânea tem uma evolução quase clínica, de regra

²²⁶ *Ibidem*.

²²⁷ Carlos Chagas era um defensor da ideia de indistintabilidade entre as leishmanioses existentes ao redor do globo terrestre, atribuindo as diferentes manifestações encontradas na América do Sul às peculiaridades do clima nessa região. *Ibidem*, p. 140. Esse tema que será melhor abordado no capítulo 3 dessa dissertação.

²²⁸ *Ibidem*, p. 141, 142.

²²⁹ *Ibidem*, p. 142.

²³⁰ *Ibidem*, p. 68.

²³¹ *Ibidem*, p. 143.

não excedendo de um ano e sendo passível de cura espontânea, na Amazônia, as úlceras perduram por dilatados anos, sempre extensivas e inutilizando, muitas vezes, a atividade do indivíduo. No Oriente, especialmente em Badgá, é de uso a inoculação da moléstia em crianças, nos primeiros anos da existência, a fim de imunizá-las (sendo definitiva a imunidade) contra ataques posteriores. Escolhem zonas da pele onde a cicatriz seja pouco visível, deste modo evitando as deformações que poderiam ocasionar mais tarde úlceras expostas.²³²

Apesar de encontrar e relatar diferenças notáveis do ponto de vista da evolução e da manifestação clínica da doença, a presença do corpúsculo específico da leishmaniose, conforme descrito por James H. Wright, garantia a Carlos Chagas o diagnóstico de identidade entre essas úlceras, sempre progressivas, encontradas no Amazonas e as úlceras cutâneas, conhecidas como botão do Oriente e passíveis de cura espontânea, registradas na África e na Ásia. Como demonstrarei melhor no próximo capítulo, Chagas atribuía as diferentes manifestações clínicas da leishmaniose às condições ambientais e climáticas específicas da América do Sul.

É interessante observar também que as notícias sobre o diagnóstico de identificação da leishmaniose no Amazonas e de um novo tratamento para a leishmaniose feito a partir do tártaro emético extrapolaram os limites estritamente científicos. Antes mesmo que o relatório relativo a essa viagem estivesse concluído e entregue ao ministro do MAIC, alguns jornais de grande circulação da Capital Federal e de Manaus já noticiavam a identificação parasitológica dessa moléstia no Amazonas e o sucesso desse tratamento, destacando sua grande eficácia na cicatrização das úlceras causadas por leishmanias.

No periódico *Folha do Amazonas*, de grande circulação na capital nortista, foi publicado, ainda no primeiro mês de atividades dessa comissão, uma extensa reportagem intitulada “*Leishmania tropica – Importante verificação da comissão <Oswaldo Cruz>*” que iniciava seu texto com o seguinte parágrafo:

O Dr. Carlos Chagas, o eminente cientista que Manaus hospeda, acaba de fazer uma importante verificação de natureza científica, cujas vantagens

²³² *Ibidem*, p. 142.

práticas são incalculáveis para o diagnóstico e a cura de uma das mais cruéis endemias do Valle do Amazonas.²³³

Tratava-se da verificação em Manaus – comentada acima – da existência de *Leishmania tropica* na “quase totalidade” das *feridas bravas* que Chagas havia feito o exame parasitológico e do sucesso terapêutico do tártaro emético. Medicamento que, de acordo com a reportagem, Gaspar Vianna havia sido o primeiro cientista a utilizar e em cuja eficácia Carlos Chagas “acreditava inteiramente”, abrindo “caminhos novos para os médicos que aqui trabalham” tratar dessa moléstia. É interessante notar que, nessa ocasião, o nome do propositor do emético como meio terapêutico para a leishmaniose é reduzido ao posto de “primeiro cientista a utilizá-lo” ficando em segundo plano quando comparado ao nome de Carlos Chagas, que foi exaltado como o grande responsável por diagnosticar e dar caminhos para a cura da leishmaniose no Amazonas.²³⁴

Enquanto isso, no Rio de Janeiro, o jornal *Gazeta de Notícias*, publicou em 23 de novembro de 1912, uma matéria intitulada “*O saneamento do Vale do Amazonas – O Dr. Carlos Chagas atualmente no Amazonas, descobre uma nova doença e o meio de cura-la*”. Em uma reportagem que parece ter como seu principal objetivo exaltar os avanços científicos realizados pelo Instituto de Manguinhos e, em especial, por Carlos Chagas, narrava em determinado ponto que:

Além do paludismo que é no vale do Amazonas o principal flagelo do homem, o estado sanitário da região ainda mais era agravado com o aparecimento de úlceras malignas, cuja cura até então difícilíssima.

Mas o Sr. Carlos Chagas, que é um grande e incansável estudioso, depois de longas observações, descobriu que tais úlceras eram produzidas por um protozoário, cientificamente denominado **Leishmania**.

Diagnosticado o mal o Sr. Dr. Carlos Chagas apresentou imediatamente o modo de combatê-lo pelo emético.

O resultado, o proveitoso resultado não se fez esperar.

E já uma grande Vitória, isto que acabamos de relatar para o saneamento do vale do Amazonas, cujos benéficos serviços continuam com todo o proveito, honrado sobremaneira a ciência no Brasil.

²³³ *Leishmania tropica* – *Importante verificação da comissão <Oswaldo Cruz>*, Folha do Amazonas, 24/10/1912.

²³⁴ *Ibidem*, p. 1.

O futuro grandioso do vale do Amazonas depende exclusivamente do seu completo saneamento.

Oxalá que daqui a não muitos anos possamos ver aquela região livre de todos os múltiplos males que a afligem e que são flagelo de todos os seus habitantes.

E é a ciência que o Brasil vai dever esse grande e imenso benefício.²³⁵

Notem que, novamente, o nome de Gaspar Vianna não está presente na reportagem. A exaltação à ciência como promotora do progresso e de Carlos Chagas como personificação dessa ciência a serviço do bem comum são as marcas acentuadas nessas reportagens. Além disso, também é interessante mencionar a maneira pela qual os jornais reportaram a identificação parasitológica da leishmaniose no Amazonas, tratando esse evento como uma descoberta de uma nova moléstia. De volta ao Rio de Janeiro, em maio de 1913, houve um grande assédio da imprensa a Carlos Chagas e aos demais integrantes dessa comissão. Especulando sobre as possibilidades de que esses cientistas poderiam trazer novos fatos significantes para a medicina brasileira em sua viagem, jornalistas de diferentes jornais buscavam conseguir qualquer informação sobre a trajetória dessa comissão antes da realização da palestra que Carlos Chagas deveria fazer durante a Exposição Nacional da Borracha, no Palácio Monroe, e que já havia sido adiada duas vezes devido à espera de seus resultados colhidos no vale do Amazonas.²³⁶

Finalmente, no dia 17 outubro de 1913, foi realizada a palestra de Carlos Chagas no Palácio Monroe. De acordo com o *Jornal do Commercio* a “concorrência” para entrar na exposição foi “ainda maior do que das noites anteriores”, pois “era geral a curiosidade de ouvir aquele médico sobre a epidemia da Amazônia.”²³⁷ Qualificando a região amazônica como ótimo campo de observação por ser um lugar onde as patologias tropicais se apresentavam “com suas características verdadeiras”²³⁸, Carlos Chagas afirmou ter estranhado o que chamou de uma quase exceção à lei da patologia geral, pois fatos mórbidos que lhes

²³⁵ *O saneamento do Vale do Amazonas – O Dr. Carlos Chagas atualmente no Amazonas, descobre uma nova doença e o meio de cura-la.* Gazeta de Notícias. 23/11/1912.

²³⁶ Como exemplo de reportagens que narram o assédio aos membros da comissão em busca de informações, cito: *A Noite*. “A Expedição científica ao <inferno verde> Nova moléstia?” 25/04/1913; “O Instituto Oswaldo Cruz cobre-se de novas glórias – O Dr. Carlos Chagas descobre novas entidades mórbidas.” 20/05/1913.

²³⁷ *Jornal do Commercio*, “Exposição Nacional da Borracha”. 18/10/1913.

²³⁸ CHAGAS, C. Notas sobre a epidemiologia do Vale do Amazonas. *Op. cit.*, p. 160.

eram familiares em suas observações no sul, revestiam-se de modalidades estranhas, quebrando o princípio da “fixidez das entidades mórbidas”²³⁹ por ele postulado.

De acordo com esse cientista, a própria malária representou “o primeiro e melhor exemplo” de suas surpresas. Apesar de conhecê-la “de longas observações, em campanhas antipalúdicas” que lhes davam “a oportunidade de apreciar todas as variantes da infecção pelo *Plasmodium* de Laveran”²⁴⁰, essa moléstia se manifestava no Amazonas “muitas vezes modificada em sua sintomatologia, ora apresentando na síndrome que não lhe é habitual, ora inteiramente disfarçada sob modalidades clínicas que desconhecíamos nessa moléstia.”²⁴¹ Levando, inclusive, os membros da comissão a desconfiar da existência de uma nova variação, mais virulenta, do plasmódio.²⁴²

Em relação à leishmaniose, qualificada na palestra como “de importância máxima na epidemiologia do norte”, Carlos Chagas dissertou sobre o que chamou de “anomalia de alguns de seus aspectos”. Destacou também a oportunidade de observar suas diferentes modalidades clínicas: a nasal, mais comum naquela região e “interpretada como determinações do *morbis gallicus*”²⁴³, a cutânea com suas modalidades “mais variáveis” e “sempre progressivas” e a *espunja*, que dizia não conhecer de trabalhos anteriores, mas que apresentava relações de identidade com afecções registradas nas regiões do Peru e da Colômbia e uma “aparência característica de *couve-flor*”.²⁴⁴

Apesar de não constituir “um fator de letalidade comparável à malária” nessa região, Carlos Chagas considerava que a leishmaniose no Amazonas era a responsável por “consequências desastrosas” para aquela população, pois a invalidava para o trabalho e aniquilava a vida produtiva de milhares de criaturas. No entanto, “graças ao esforço inteligente” do Dr. Gaspar Vianna, “que instituiu a cura infalível da doença pelas injeções de emético” a solução desse problema parecia possível²⁴⁵, bastando, como observado por Oswaldo Cruz na introdução desse relatório, vontade política para que a profilaxia dessa e de

²³⁹ *Ibidem.*

²⁴⁰ *Ibidem.*

²⁴¹ *Ibidem*, p. 161.

²⁴² *Ibidem*, p. 163. Para maiores informações a respeito das pesquisas desenvolvidas por essa comissão e sobre essa suposta variedade mais virulenta do plasmódio na Amazônia: Cf.: LIMA, N. & BOTELHO, A. Malária como doença e perspectiva cultural nas viagens de Carlos Chagas e Mário de Andrade à Amazônia. *História ciência, saúde-Manguinhos*. vol.20, n.3, pp. 745 – 763, 2013.

²⁴³ *Morbis Gallicus* é uma antiga denominação utilizada para se referir à sífilis. CARRARA, S. Tributos a Venus. *Op. cit.*, p. 28.

²⁴⁴ CHAGAS, C. Notas sobre a epidemiologia do Vale do Amazonas. *Op. cit.*, p. 169.

²⁴⁵ *Ibidem*, p. 170.

outras moléstias acontecesse, pois “o saneamento [da Amazônia] se fará quando o Governo determinar.”²⁴⁶

Ainda em 1913, o texto de Carlos Chagas nessa palestra foi extensamente reproduzido e publicado em diferentes jornais²⁴⁷ e em periódicos científicos nacionais²⁴⁸ com o nome “*Notas sobre a Epidemiologia do Vale do Amazonas*”. Acredito que a divulgação de suas observações no vale do Amazonas, mais do que servir para incluir, no mapa geográfico dessa moléstia, novas áreas endêmicas, deu à leishmaniose visibilidade no cenário médico nacional e fomentou considerável produção científica nos anos seguintes em diferentes partes do território nacional. Isso ocorreu, a meu ver, por dois fatores: o renome de Carlos Chagas e a ênfase na região amazônica, fronteira de expansão crucial para a nascente República, como um lugar de importância singular para a realização de pesquisas relacionadas a doenças tropicais. Em outras palavras, o cientista brasileiro atraía a atenção dos demais médicos nacionais e sua expedição fazia parte de um plano maior orientado para a resolução de um dos grandes problemas econômicos da ocasião - a decadência da produção e venda da borracha plantada no norte do Brasil.

Some-se a isso a situação de vida degradante em que se encontravam as pessoas contaminadas com essa moléstia e a nova possibilidade de tratamento e cura pelo processo terapêutico proposto por Gaspar Vianna. Dessa forma, postulo que essa expedição ao vale do Amazonas foi fundamental para a produção de conhecimento sobre a leishmaniose e suas variadas formas clínicas. Esse processo será melhor analisado no terceiro capítulo dessa dissertação.

²⁴⁶ CRUZ, O. Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas. *Op. cit.*, p. 51.

²⁴⁷ Como exemplo de jornais que reportaram trechos ou a palestra completa de Carlos Chagas cito: o *Correio da Manhã*, 18/10/1913, *A Imprensa* 18/10/1913 e *O Paiz* 23/10/1913.

²⁴⁸ O periódico *Brazil Médico* publicou o texto dessa palestra na íntegra em 8/11/1913 e a *Gazeta Médica da Bahia* publicou o texto da palestra de Carlos Chagas dividido em diversas edições, sendo que a parte relativa à leishmaniose foi publicada na edição de abril de 1914, a partir da página 457.

CAPÍTULO 3: Uma doença americana? Os primeiros estudos sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e a *Leishmania braziliensis* (1910 – 1927)

Depois de um longo tempo dos médicos americanos relatarem a existência, em certas regiões da América do Sul, de doenças caracterizadas por ulcerações de pele e mucosas, mais uma grande confusão reinou no capítulo das doenças ulcerosas, tanto que o diagnóstico não pode se basear solidamente sobre o conhecimento do agente patogênico.²⁴⁹

A epígrafe acima é o parágrafo inicial do capítulo sobre a “*leishmaniose américaine de la peau et des muqueuses*”, do livro escrito por Alphonse Laveran, em 1917, “*Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d’Orient, Leishmaniose Americaine*”. De acordo com esse autor, passados 14 anos da identificação dos seus protozoários, da criação do gênero *Leishmania* e havendo, desde então, um grande número de trabalhos publicados sobre o tema, esse livro tinha por objetivo fazer um grande resumo do estado do conhecimento científico sobre as questões das leishmanioses.²⁵⁰

Durante esses anos, no que dizia respeito à construção de conhecimento sobre esse grupo de moléstias, diversos trabalhos científicos começaram a chamar a atenção para as diferentes manifestações patogênicas observadas e relatadas por médicos e pesquisadores presentes na América do Sul. Segundo esses relatos, existiriam uma ou mais modalidades de leishmanioses próprias dessa região, que, quando comparadas às manifestações cutâneas, conhecidas como botão do Oriente, apresentavam cursos clínicos muito mais agressivos, provocando feridas que, ou comprometiam as cavidades mucosas e nasais de seus portadores, ou os acometiam com feridas caracterizadas por um “aspecto de couve-flor”.²⁵¹

²⁴⁹ LAVERAN, A. *Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d’Orient, Leishmaniose Americaine. Op. cit.*, p. 468. Tradução livre do autor.

²⁵⁰ *Ibidem*, p. II.

²⁵¹ Como vimos no capítulo 2, a expressão “aspecto de couve-flor” foi utilizada, pela primeira vez, por Carlos Chagas ao definir uma modalidade de leishmaniose cutânea ulcerosa, popularmente conhecida como *espundia*,

Contudo, a despeito de apresentarem cursos clínicos radicalmente diferenciados, os patógenos encontrados nessas úlceras, presentes na região americana, eram morfológicamente idênticos àquele conhecido como o agente causal das úlceras cutâneas, endêmicas nas regiões orientais do globo terrestre, a *Leishmania tropica*. Por sua vez, conforme foi abordado no primeiro capítulo dessa dissertação, essa espécie apresentava semelhança morfológica com a *Leishmania donovani*, o patógeno do calazar. A partir de então, criou-se uma controvérsia entre dois grupos formados por médicos e pesquisadores que atuavam em diferentes continentes. O primeiro defendia a ideia da existência de, ao menos, uma modalidade de leishmaniose própria da América do Sul, baseando-se, sobretudo, em suas características e aspectos clínicos. Enquanto isso, o outro grupo, apoiado na identidade observada entre os protozoários patógenos, defendia a ideia de indistintabilidade entre as diferentes manifestações de leishmanioses ao redor do mundo, atribuindo as diferenças observadas a questões como peculiaridades do clima, do ambiente e de seus vetores no continente americano.

Esse terceiro capítulo tem como objetivo analisar o debate a respeito da ideia de particularização de manifestações de leishmanioses encontradas no continente sul-americano, e, também, da tentativa de reconhecimento de um agente patógeno diferenciado dessa região, a *Leishmania braziliensis*. Nesse caminho tortuoso e, de certa forma, inconclusivo para o período aqui abordado, analisarei os argumentos a favor e os contrários à existência de modalidades de leishmanioses e leishmanias próprias da América do Sul. Como argumentarei ao longo desse capítulo, a região amazônica, sobretudo as suas partes compreendidas em território brasileiro e, em menor escala, em território peruano, foram de extrema importância para o desenvolvimento e a validação do conhecimento científico internacional a respeito de modalidades de leishmanioses presentes nesse continente, não só devido à participação de seus cientistas e suas instituições de pesquisa, como também por proporcionarem condições biogeográficas necessárias, como espécies de imensos laboratórios a céu aberto, para estudos e o desenvolvimento de pesquisas *in loco* sobre esse grupo de moléstias.

Este capítulo está dividido em três diferentes seções. A primeira será utilizada para retratar os argumentos e os pontos em debate do grupo que defendia a ideia de particularização dessas manifestações de leishmanioses e leishmanias encontradas em regiões do continente sul-americano. Já na segunda parte desse capítulo, rastrearei, pontualmente, os

na região amazônica durante sua expedição médico-científica ao vale do Amazonas. Chagas, 1913. CRUZ, O. Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas. *Op. cit.*, p. 141, 142.

argumentos de alguns daqueles cientistas que defendiam a ideia de indistintabilidade entre as leishmanioses e as leishmanias, demonstrando a maneira pela qual esses pesquisadores construíram seus diferentes raciocínios para defender a ideia de uma unidade entre essas manifestações. Por último, abordarei a problemática relacionada ao modo de transmissão das diferentes modalidades de leishmanioses. Como demonstrarei nessa última parte do capítulo, apesar das antigas suspeitas de que essas moléstias fossem transmitidas por picadas de algum inseto hematófago, até a década de 1920, não havia nenhum consenso quanto à sua forma de transmissão, interferindo diretamente em medidas profiláticas e terapêuticas.

3.1 – Os estudos sobre a leishmaniose no continente americano: a defesa da individualização americana

Como já foi abordado no capítulo anterior dessa dissertação, as primeiras detecções parasitológicas da leishmaniose no Brasil foram realizadas em Bauru, São Paulo, por ocasião de uma epidemia que grassava entre os operários que trabalhavam na construção, em zona de mata, da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil. Nessa ocasião, Adolpho Lindenberg, do Instituto Bacteriológico de São Paulo, e Antonio Carini e Ulisses Paranhos, do Instituto Pasteur dessa mesma capital, identificaram, quase simultaneamente, parasitos do gênero *Leishmania* nas amostras de tecidos de operários acometidos por feridas localmente denominadas “úlceras de Bauru”.²⁵²

Nos artigos publicados na *Revista Médica de São Paulo* e no *BSPE*, para reportarem os estudos em questão, esses pesquisadores tiveram, como objetivos centrais, demonstrar que, apesar de alguns casos observados apresentarem diferentes manifestações clínicas, os protozoários encontrados em São Paulo deveriam ser identificados à *Leishmania tropica*. Ao demonstrarem, parasitologicamente, a existência da leishmaniose cutânea no Brasil, esses pesquisadores disputaram o mérito por terem identificado, pela primeira vez em território nacional, corpúsculos desse gênero de parasito, já conhecido na Europa e endêmico em regiões no Oriente.

²⁵² LINDENBERG, A. L'Ulcère de Bauru ou le bouton d'Orient au Brésil. *Op. Cit.*, p. 252 ; CARINI, A. & PARANHOS, U. Identification de l'“Ulcer de Bauru” avec le bouton d'Orient. *Op. Cit.*, p. 255.

Com um amplo campo de observações, porém, esses e outros pesquisadores atuantes no estado São Paulo, não se limitaram apenas às primeiras constatações parasitológicas que definiam as relações de identidade entre essas úlceras mucosas encontradas no Brasil e aquelas conhecidas como botão do Oriente no Velho Mundo²⁵³. Ainda em maio de 1911, Antonio Carini, diretor do Instituto Pasteur de São Paulo, publicou um novo artigo no *BSPE*. Dessa vez, de acordo com seu título, teve por objetivo dissertar sobre a “*Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée*”. De acordo com esse autor, apesar de leishmanioses cutâneas estarem sendo relatadas em muitos países, provocando estudos e observações nesse periódico, não havia, em nenhum deles, referências à presença de úlceras mucosas ocasionadas por parasitos do gênero *Leishmania*, com localizações sobre o nariz e a boca, como as observadas por ele naquele estado brasileiro.²⁵⁴

Antonio Carini afirmava que, apesar de ser menos frequente do que feridas de peles em locais descobertos, a localização de úlceras sobre o nariz e a boca não chegava a ser rara em São Paulo. Com diversos casos já observados e fisionomia clínica bastante característica, Carini argumentava que não mais hesitava em diagnosticá-los como “*leishmanioses des muqueuses*”. Advertia ainda os seus leitores, na primeira página do artigo, de que apesar de não encontrado, mantinha a suspeita da existência de um protozoário específico responsável por esse tipo de leishmaniose.²⁵⁵

Ainda de acordo com esse pesquisador, as manifestações de mucosas apareciam, quase sempre, em indivíduos que já haviam sido acometidos por úlceras cutâneas, com características clássicas do botão do Oriente, em outras partes do corpo. Configuraria, nesses casos, uma “propagação por continuidade da lesão, que atacou previamente a pele de um orifício mucoso (nariz; boca)”. Porém, em outras ocasiões, essas manifestações se iniciavam na parte de trás da boca, não permitindo interpretá-las como uma propagação por

²⁵³ De acordo com Luiz Jacinto da Silva, no período compreendido entre os anos de 1913 e 1919, foram diagnosticados, tratados e estudados cerca de quinze mil casos dessa moléstia nos institutos de pesquisa médica desse estado. Além dos casos diagnosticados nos próprios moradores de São Paulo, como já mencionei, muitos eram de pessoas que vinham do interior do Brasil procurando diagnóstico e tratamento para suas úlceras. Esse movimento de pacientes do interior do país rumo aos centros urbanos em busca de auxílio médico e tratamento foi uma importante ferramenta para a definição das áreas endêmicas de leishmaniose no Brasil. SILVA, L. J. “Vianna and the discovery of *Leishmania braziliensis*: the role of Brazilian parasitologists in identification of Bauru’s ulcer as American leishmaniasis.” *Op. Cit.*, p. 338.

²⁵⁴ CARINI, A. Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée, *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 4, n.5, 1911, p. 289.

²⁵⁵ *Ibidem*.

continuidade ²⁵⁶ e nem parecendo ser fruto de processos de autoinoculações por transporte de materiais virulentos das úlceras cutâneas originais. ²⁵⁷

O diretor do Instituto Pasteur de São Paulo ainda acreditava que a localização de *Leishmania* nas cavidades mucosas também se apresentava em outros países nos quais a forma cutânea era endêmica. E, que, se até então, não haviam sido relatadas, isso se devia aos frequentes erros de diagnósticos clínicos, que levavam à confusão entre essas manifestações mucosas de *Leishmania* e doenças como a sífilis, a tuberculose, a blastomicose e a boubá, como fez Breda de Pádua ²⁵⁸, em relação a essa última categoria, em 1895. Por fim, Antonio Carini concluiu seu artigo afirmando que “existe então uma forma de leishmaniose com localização sobre as mucosas do nariz e da boca, com fisionomia clínicas bastante característica, muito mais grave que a forma cutânea ”. ²⁵⁹

O artigo desse pesquisador foi o primeiro a ser publicado no *BSPE* chamando atenção, especificamente, para uma diferente modalidade de leishmaniose encontrada em São Paulo e para a possibilidade da existência de um patógeno diferenciado destas manifestações que comprometiam as cavidades mucosas de seus portadores. Antonio Carini ainda defendia a hipótese de uma grande disseminação dessa modalidade de leishmaniose mucosa ao redor do mundo e que constantes erros de diagnósticos faziam com que poucos pesquisadores se interessassem por sua problemática. Porém, ainda em 1911, dois outros pesquisadores, trabalhando em diferentes regiões da América do Sul, também relatariam outros casos de manifestações ulcerosas de mucosas e cutâneas diferenciadas nessa região, impulsionando pesquisas e estudos sobre essas manifestações mórbidas.

No Peru, dois meses após a publicação de Carini, Edmund Escomel ²⁶⁰, cientista desse país andino e correspondente da *Société de Pathologie Exotique*, publicou um artigo intitulado

²⁵⁶ CARINI, A. Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée. *Op. Cit*, p.290. Francês no original, tradução livre do autor.

²⁵⁷ *Ibidem*, p. 291.

²⁵⁸ Breda, Achille (1850-1947) foi um dermatologista italiano, pupilo de Ferdinand von Hebra, membro do Instituto Vienense para a História da Medicina e presidente do Instituto *Veneto di Scienze, Lettere ed Arti* no período de 1926 a 1928. Em 1895, ao examinar dois italianos que haviam retornado do Brasil com úlceras mucosas, diagnosticou-as com casos de “boubá brasileira”. BENCHIMOL, J. & SÁ, M. (org). Adolpho Lutz: Sumário-Glosário-Índices. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2004, p. 52; PESSOA, S. *Parasitologia Médica*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1967, p. 132. VALE, E. & FURTADO, T. Leishmaniose tegumentar no Brasil: Revisão histórica da origem, expansão e etiologia. *Op. cit.*, 2005, p. 421.

²⁵⁹ CARINI, A. Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée. *Op. Cit* p. 291. Francês no original, tradução livre do autor.

²⁶⁰ Edmund Escomel foi um médico peruano, formado pela Faculdade de Lima, em 1902, e natural da cidade de Arequipa. Foi redator da *Crônica Médica de Lima* e da Revista de Bacteriologia e Higiene de La Paz, além de ser membro correspondente de várias sociedades e periódicos médicos estrangeiros, dentre os quais destaco a

“*La espundia*” no periódico científico dessa sociedade. Relatando ter observado diversos casos de uma moléstia crônica, caracterizada por ulcerações granulosas, com diversos anos de duração, encontradas, sobretudo, próximas às florestas de “vegetação exuberante, temperatura quente e grande umidade” da Zona Central do Peru ²⁶¹, esse pesquisador descreveu, de forma sumária, alguns casos observados dessas úlceras popularmente conhecidas pelo nome do título de seu artigo.

Apesar de ter tentado identificá-la a doenças como tuberculose, sífilis, ranho e lepra, Escomel chegou à conclusão de que as diferenças entre essas moléstias e a manifestação mórbida denominada *espundia* eram muito grandes. Descreveu-a, então, afirmando que “a *espundia* é uma doença crônica, granulosa, que existe dentro de algumas florestas do Peru e da Bolívia e, provavelmente, em outros países da América do Sul”. Concluiu seu artigo dizendo que o seu agente patogênico e o seu tratamento ainda eram desconhecidos ²⁶² e deixou em aberto as questões etiológicas dessa moléstia para definição em trabalhos posteriores.

Em outubro desse mesmo ano, Gaspar Vianna publicou, no periódico científico *Brazil-Médico*, uma nota preliminar relatando que, ao analisar amostras de tecidos de um paciente de São João do Além Paraíba, Minas Gerais, internado na 3ª enfermaria do Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro e que não apresentava os sinais clássicos de leishmaniose, identificou protozoários “com a forma d’um ovoide”, “núcleo localizado um pouco acima da parte mediana” que julgava pertencer ao gênero *Leishmania*. Mas, devido à presença de um filamento “talvez rudimento de flagelo, não observado até hoje”, julgava que esse parasito poderia “ser considerado como uma nova espécie” desse gênero ²⁶³.

De acordo com Gaspar Vianna, esse filamento encontrado caracterizaria “de um modo nítido” um novo protozoário que seria o responsável pela existência de modalidades anômalas de leishmaniose no Brasil. O pesquisador de Manguinhos batizou esse protozoário de

Société de Pathologie Exotique e o *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* que propiciou visibilidade para o seu trabalho em nível internacional. In: DA MATTA, A. Escomel. *Amazonas Médico*, n. 13 – 16, Manaus, Amazonas, 1922.

²⁶¹ ESCOMEL, E. *La espundia*. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 4, n.7, 1911, p. 489.

²⁶² *Ibidem*, p. 492.

²⁶³ VIANNA, G. Sobre uma nova espécie da *Leishmania*. *Op. cit.*, p. 411.

Leishmania brazilienses e concluiu sua breve nota preliminar afirmando estar “aguardando estudos posteriores para sua minuciosa descrição morfológica e biológica”.²⁶⁴

Portanto, em finais de 1911, como exposto acima, existiam três diferentes relatos de úlceras de mucosas e de pele advindos da América do Sul. Em São Paulo, Antonio Carini suspeitava da existência de um patógeno diferenciado das “*leishmanioses de muquoses*”, que não havia encontrado. No Peru, Escomel narrava ter observado casos de uma moléstia de pele ulcerosa, que apesar de suas indefinições, tinha relações com regiões de floresta. No Rio de Janeiro, Gaspar Vianna defendia a hipótese de ter encontrado um protozoário diferenciado do gênero *Leishmania*, em um caso “anômalo” dessa doença.

Essa nova espécie de *Leishmania* proposta por Gaspar Vianna, no entanto, foi recebida com bastante precaução nos principais fóruns médicos nacionais e estrangeiros nesse momento. Ao que me pareceu, no início da década de 1910, uma grande parte dos pesquisadores interessados na problemática das leishmanioses suspeitavam sim da existência de um ou mais protozoários diferenciados e próprios de determinadas regiões da América do Sul. Contudo a distinção proposta por Gaspar Vianna não conseguiria, de imediato, uma total adesão para servir como justificativa para essa diferenciação. O principal motivo que levava os médicos e pesquisadores a defenderem uma proposta de distinção das manifestações de leishmanioses na América, se encontrava na doença – ou melhor, nos seus diferentes cursos clínicos – e não nos patógenos – morfológicamente considerados idênticos.

Nos hospitais do Brasil, ou ao menos nos da região sudeste, predominavam as úlceras mucosas, com quadros clínicos mais agressivos e prolongados do que os conhecidos nas regiões orientais. Já no Peru, os relatos de Edmund Escomel indicavam a existência de outras formas de úlceras cutâneas que acometiam seus portadores com características granulosas, bordas arredondadas, que secretavam um pus espesso e davam origem a crostas em suas peles, que, frequentemente, persistiam por anos, a despeito do emprego dos medicamentos mais enérgicos.²⁶⁵ A partir de então, uma considerável quantidade de artigos é publicados no *BSPE* com principal objetivo de debater as características e os possíveis protozoários patógenos diferenciados dessas modalidades clínicas de úlceras encontradas no continente sul-americano.

²⁶⁴ *Ibidem.*

²⁶⁵ ESCOMEL, E. *La espundia. Op. cit.*, p. 490.

Em 1912, três novos trabalhos foram publicados no *BSPE* sobre essas supostas modalidades de leishmanioses, encontradas na América do Sul. Nestes artigos, a denominação “leishmaniose americana” apareceu, pela primeira vez, no artigo “*Leishmaniosi con localizzazione nelle cavià mucose (nuova forma clinica)*” do médico italiano Alfonso Splendore²⁶⁶. Trabalhando no laboratório bacteriológico do Hospital São Joaquim, em São Paulo, esse pesquisador descreveu minuciosamente, em italiano, três casos dessa “nova” modalidade clínica da doença que atacava as cavidades mucosas de seus portadores, e, devido à sua territorialidade parecer estar limitada a esse continente propôs designá-la, como “leishmaniose americana”²⁶⁷.

Os outros dois artigos publicados nesse ano eram de autoria dos pesquisadores franceses Alphonse Laveran e Louis Nattan-Larrier²⁶⁸. Dialogando abertamente com o trabalho publicado por Escomel no ano anterior, esses cientistas da *SPE* sugeriam “contribuições” ao estudo realizado pelo pesquisador peruano sobre *a espundia*. No primeiro artigo, “*Contribution à l'étude de la espundia*”, através dos materiais enviados por Edmund Escomel à França, Laveran e Nattan-Larrier identificaram, com exames parasitológicos, essa moléstia endêmica na Zona Central do Peru como idêntica àquela leishmaniose que vinha sendo estudada no Brasil. Nessa primeira oportunidade, os autores franceses classificaram o seu agente etiológico como “uma leishmaniose muito parecida com a *L. tropica*, se não idêntica a essa última”²⁶⁹.

No segundo artigo, “*Contribution à l'étude de la espundia (deuxième note)*”, ainda defendendo a ideia de identidade dessa leishmaniose peruana com os casos estudados no Brasil, os autores da *Société de Pathologie Exotique* disseram que, ao examinarem novas amostras, enviadas pelo pesquisador peruano, de tecidos de úlceras de um doente sul-americano, chegaram à seguinte conclusão quanto ao seu agente etiológico:

²⁶⁶ Affonso Splendore (1871 – 1853) foi um médico italiano formado pela Universidade de Roma. Em 1899, viajou para o Brasil, onde se instalou na cidade de São Paulo. Desenvolveu pesquisas junto a Adolpho Lutz no Instituto Bacteriológico de São Paulo. É considerado o primeiro pesquisador a visualizar o agente causal da toxoplasmose. Disponível: <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/11/BIOGRAFIA-ALFONSO-SPLENDORE.pdf>. Acesso em 28/05/2014.

²⁶⁷ SPLENDORE, A. *Leishmaniosi con localizzazione nelle cavità mucose (nuova forma clinica)*. (avec résumé français). *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 5, n. 6, 1912, p. 411.

²⁶⁸ Louis Nattan-Larrier (1873 – 1946) foi um parasitologista francês, associado à *Société de Pathologie Exotique*. Grande parte de sua produção acadêmica é acerca das doenças tropicais e, em especial, sobre as leishmanioses. Além disso, fez carreira como professor no *Collège de France*. Disponível em: http://www.marelibri.com/t/main/3310695-bacteriologie/books/AUTHOR_AZ/50?l=fr. Acesso em 05/06/2014.

²⁶⁹ LAVERAN, A. & NATTAN-LARRIER, L. *Contribution à l'étude de la espundia*. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 5, n.3, 1912, p. 177. Francês no original, tradução livre do autor.

O estudo da *Leishmania americana* é muito recente para que possamos concluir sobre as diferenças morfológicas existentes entre essa *Leishmania* e a *L. tropica*, mas as diferenças que existem do ponto de vista clínico, entre essa leishmaniose (bouba ou *espundia*) e o botão do Oriente são inegavelmente evidentes; então mesmo que não possamos observar nenhuma diferença morfológica apreciável entre a *Leishmania americana* e a *L. tropica*, é necessário distinguir estes parasitas assim como se distingue a *L. Donovanii* e a *L. tropica*, mesmo que essas duas leishmanias apresentem do ponto de vista morfológico grande semelhança.²⁷⁰

Por fim, devido à proximidade morfológica entre os agentes patógenos observados, Laveran e Nattan-Larrier propuseram designar *Leishmania tropica var. americana* o parasito responsável pela existência dessa modalidade diferenciada de leishmaniose na América do Sul. Aconselhavam abandonar as antigas denominações de bouba e *espundia* e adotar *leishmaniose américaine*, conforme proposto por Affonso Splendore, para denominar a doença causada por esse “novo” parasito. Buscavam evitar assim, confusões de diagnósticos e unificar sob uma única nomenclatura, os diversos estudos que estavam sendo realizados sobre essa modalidade de leishmaniose, no Brasil, no Peru e, agora, na França²⁷¹.

É interessante notar que esses dois autores franceses se apropriaram nesse artigo do mesmo argumento de distinção que era utilizado para diferenciar a *L. tropica* da *L. donovani*, para defender a existência de agente patológico específico da *espundia* pertencente ao gênero *Leishmania* e reconhecido por causar uma doença de curso clínico bastante diferenciado do botão do Oriente e do calazar. Esse patógeno seria a *Leishmania tropica var. americana* e a doença causada por ele denominada leishmaniose americana.

A partir desse ano, iniciando com esses dois artigos analisados acima, Alphonse Laveran entraria de vez para os debates relacionados à existência de modalidades de leishmanioses específicas da América do sul. Nos seus artigos, o presidente da *Société de Pathologie Exotique* passou a defender a dupla ideia de identidade entre as diferentes manifestações de leishmaniose encontradas na região sul-americana e de sua individualização quando comparadas aos quadros do botão do Oriente, ao mesmo tempo em que reclamava para si e para Nattan-Larrier o mérito de terem identificado um patógeno, muito próximo a *L. tropica*, que seria o responsável pela existência da leishmaniose na região americana.

²⁷⁰ LAVERAN, A. & NATTAN-LARRIER, L. Contribution à l'étude de la espundia. (Deuxième note). *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 5, n.6, 1912, p. 488, 489. Francês no original, tradução livre do autor.

²⁷¹ *Ibidem*.

A ampla visibilidade do *BSPE* nos principais fóruns médicos europeus e americanos garantiu a presença da *Leishmania tropica* var. *americana* nos artigos publicados *a posteriori* sobre essa temática no periódico francês. Contudo, como observado acima, os estudos realizados sobre essa moléstia por Laveran e Nattan-Larrier partiam exclusivamente das amostras e materiais enviados por Escomel, do Peru à França e, de toda forma, esses pesquisadores ainda não haviam encontrado nenhum sinal de distinção morfológica que servisse de parâmetro para a particularização desse protozoário. Nesse momento, os trabalhos executados por Gaspar Vianna no Brasil não entraram no debate internacional sobre o agente patógeno dessa moléstia. Isso só viria a ocorrer a partir de 1915, em outro artigo de Laveran, como demonstrarei ainda neste capítulo.

No ano seguinte, em 1913, o pesquisador italiano Giuseppe Franchini²⁷² também escreveu um artigo intitulado “*Sur un cas de Leishmaniose américaine*” e publicou-o no *BSPE*. Nessa oportunidade, Franchini dissertou sobre o caso de um doente italiano que acabara de retornar da parte central do Brasil, onde havia sido contratado para construção de Estradas de Ferro em áreas de florestas virgens, e estava internado no Hospital de Bologna, desde o seu retorno, com úlceras mucosas, classificáveis como essa modalidade de leishmaniose americana que vinha sendo estudada no *BSPE*.

Através do exame parasitológico e da observação do caso clínico, Franchini concluiu que os parasitos encontrados nessas úlceras poderiam ser identificados àqueles descritos por Laveran e Nattan-Larrier no ano anterior²⁷³. E, ainda apoiado nas suas observações, concluiu seu artigo afirmando que:

Nossa *Leishmania* difere do parasito ordinário do botão do Oriente, tanto por suas características próprias como pelas lesões que ela produz; as alterações dentro das células são abundantes. Enfim, o parasito da *Leishmania* cutânea americana determina lesões muito mais graves das mucosas; (...) Dessa

²⁷² Giuseppe Franchini (1879 – 1938) foi um médico italiano, natural da cidade de *San Pietro Capofiume di Molinella*, formado pela Universidade de Bologna, em 1904. Dedicando-se as problemáticas relacionadas às doenças tropicais, frequentou diferentes institutos, entre os quais destaco a Escola de Medicina Tropical de Liverpool, em 1912, quando foi aluno de Ronald Ross, e o Instituto Pasteur, no qual tornou-se assistente de Alphonse Laveran, em 1914. Catedrático das Universidades de Bologna e de Modema, foi também o fundador do *Archive italiano di scienze mediche tropicali e di parassitologia*. Disponível: [http://www.treccani.it/enciclopedia/giuseppe-franchini_\(Dizionario-Biografico\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/giuseppe-franchini_(Dizionario-Biografico)/). Acesso em: 28/05/2014.

²⁷³ FRANCHINI, G. Sur un cas de leishmaniose américaine, *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 6, n. 3, 1913, p.221.

forma, nós acreditamos ser muito justo com Laveran e Nattan-Larrier de admitir a existência de uma *Leishmaniose cutânea var. americana*.²⁷⁴

Ao postular ter encontrado, em um imigrante italiano que retornava do Brasil, a doença e o protozoário particularizados por Laveran e Natan-Larrier no ano anterior, Franchini, assim como os autores franceses, deu maior atenção à descrição dos caracteres relacionados ao curso clínico dessa doença do que aos pontos relacionados a diferenciações morfológicas de seus patógenos. De acordo com as conclusões desse cientista italiano, apesar desses patógenos se diferenciarem em tamanho e concentração, o principal argumento, que sustentava a tese de diferenciação entre ele e aquele conhecido no Velho Mundo, era o relacionado às lesões oriundas de suas ações patógenas e não os diferentes caracteres morfológicos observados. Dessa maneira, argumento que, nesse momento, a adoção da nomenclatura proposta por Laveran e Nattan-Larrier se relacionava mais à forte cooptação exercida por esses cientistas franceses no cenário médico internacional do que a argumentos cognitivos destinados a apoiar essa particularização do patógeno.

Nesse mesmo ano, o pesquisador francês Emile Brumpt²⁷⁵ e o paulista Alexandrino Pedroso²⁷⁶, trabalhando juntos no Laboratório de Parasitologia da recém-fundada Faculdade de Medicina de São Paulo, realizaram uma ampla pesquisa epidemiológica por determinadas regiões do interior do estado de São Paulo, cujas conclusões foram publicadas no *BSPE* em um artigo intitulado “*Recherches épidémiologiques sur la Leishmaniose forestière américaine dans l’Etat de São-Paulo (Brésil)*”. Em suas pesquisas, esses dois autores argumentaram que, apesar de, na forma benigna, a leishmaniose particularizada por eles, guardar intimas relações com o botão do Oriente, nas suas formas malignas, que

²⁷⁴ *Ibidem*, p. 226. Francês no original, tradução livre do autor.

²⁷⁵ Emile Brumpt (1877 – 1955) foi um parasitologista francês que se dedicou ao estudo das diferentes manifestações de doenças tropicais, foi professor da Faculdade de Medicina de Paris a partir de 1907; instituição na qual trabalhou com Raphael Blanchard (1857 – 1919). Realizou diversas expedições ao redor do globo terrestre com o objetivo de estudar as doenças tropical, com destaque as duas viagens ao Brasil (1913 e 1914) nas quais dentre seus objetivos constavam o de estudar os quadros clínicos diferenciados de *Leishmania* existentes na região sul-americano. Disponível em: http://www.pasteur.fr/infosci/archives/e_bpt0.html. Acesso em 05/06/2014.

²⁷⁶ Alexandrino Pedroso foi um médico paulista, muito influente na organização do ensino médico do estado de São Paulo. SILVA, M. B. *O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo 1891 a 1933*. Tese (doutorado). PPGHS/USP, São Paulo, 2003.

corresponderiam a cerca de 10% dos casos, a doença apresentava um quadro clínico e evolução diferenciados que permitiam considerá-la uma afecção bem individualizada.²⁷⁷

Buscando esclarecer cinco pontos relacionados à epidemiologia dessa moléstia²⁷⁸, esses dois pesquisadores realizaram uma viagem pelas regiões do interior do estado de São Paulo, entre os dias 8 e 30 de setembro de 1913, e encontraram 65 casos nos quais se detiveram. Através de seus estudos e conclusões, propuseram nomear *leishmaniose americana das florestas* essa modalidade específica de leishmaniose encontrada em zonas de floresta ou de recente derrubada de mata. E, como justificativa para suas pesquisas, Brumpt e Pedroso argumentaram que essa modalidade da doença atrapalhava a exploração econômica das florestas na América Meridional e por isso deveria ser estudada e combatida²⁷⁹.

Nesse seu artigo, apesar da ampla pesquisa destinada a entender as questões epidemiológicas relacionadas ao modo de transmissão, os vetores e os reservatórios dessa modalidade de leishmaniose, Emile Brumpt e Alexandrino Pedroso não destinaram nenhuma linha para dissertar sobre a questão do agente etiológico dessa leishmaniose de florestas. Deixavam, assim, de classificar seu patógeno como igual ou diferente daquele responsável pelo botão do Oriente. Também não deixaram claro se essa modalidade de leishmaniose das florestas por eles pesquisada era a mesma que estava sendo discutida por outros cientistas como “leishmaniose americana” ou uma nova proposição de outra modalidade diferenciada desse grupo de moléstias, no Brasil. Porém, como veremos posteriormente nesse capítulo, suas conclusões seriam apropriadas e utilizadas por um pesquisador brasileiro para definir uma nova modalidade das leishmanioses particularizadas desse continente e com patógeno próprio.

No Rio de Janeiro, em 1914, Gaspar Vianna publicou um novo artigo sobre a *Leishmania braziliensis*, dessa vez, no periódico científico *Memórias do IOC*. Em “*Parasitismo da célula muscular lisa pela <Leishmania braziliensis>*²⁸⁰” o cientista de

²⁷⁷ BRUMPT, E. & PEDROSO, A. Recherches épidémiologiques sur la leishmaniose forestière américaine de l'État de São Paulo (Brésil). *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 6, n.10, 1913, p. 753.

²⁷⁸ Durante suas pesquisas, Brumpt e Pedroso buscaram compreender cinco pontos relacionados a essa moléstia: o estudo de casos típicos (data da aparição da doença, localização das úlceras sobre o corpo do doente, opinião dos doentes sobre a origem de suas úlceras, etc.), pesquisa sobre os vetores, pesquisa do seu (ou dos seus) reservatório(s), pesquisa de animais inoculáveis e, por fim, experiências destinadas a resolver o problema etiológico. *Ibidem*, p. 754.

²⁷⁹ *Ibidem*, p. 762.

²⁸⁰ É interessante notar que, já em 1914, Gaspar Vianna grafou o nome do patógeno por ele identificado como *L. Braziliensis*, com I. Digo isso, pois muitos trabalhos clássicos da história da leishmaniose no Brasil atribuem essa mudança de nomenclatura ao artigo de Da Matta (1916). Porém o avanço real no processo de construção de

Manguinhos dissertou sobre novas observações que havia realizado durante sua estadia em São Paulo, nas quais teve “a oportunidade de ver animais [cachorros] infectados espontaneamente por *Leishmania braziliensis*”, estudar o seu comportamento e estabelecer comparações com o *T. Cruzi*. Nessa oportunidade, Gaspar Vianna destacou, sobretudo, a mobilidade dessa espécie de *Leishmania* no organismo do hospedeiro final, o que o levou a acreditar “na evolução do parasito a distância do ponto ulcerado e mais, em lesões vasculares por ele produzidas”²⁸¹.

Esse foi, porém, o último artigo escrito sobre a *L. braziliensis* por esse cientista. Nesse mesmo ano, Gaspar Vianna morreu aos 29 anos, tragicamente, vítima de tuberculose que, acidentalmente, havia contraído durante a realização de uma autópsia. Nessa ocasião, o líquido presente, sob pressão, na caixa torácica do corpo examinado jorrou sobre seu rosto e sua boca que estavam sem proteções apropriadas. Poucos dias após esse acidente, apareceram os primeiros sinais de uma tuberculose aguda e, em menos de dois meses, Gaspar Vianna foi a óbito, dando fim às suas pesquisas sobre a *L. braziliensis* e, deixando, como maior legado de estudo, sua proposta de tratamento diferenciado das úlceras de leishmaniose, via tártaro emético, que conforme abordado no capítulo anterior, apresentou resultados altamente favoráveis em seus primeiros testes em campo, no vale do Amazonas.

No ano seguinte, Alphonse Laveran escreveu um extenso artigo no *BSPE* intitulado “*Leishmaniose américaine de peul et muqueuses*”. Nessa oportunidade, ao realizar um longo levantamento bibliográfico sobre o que estava sendo produzido acerca destas modalidades americanas de leishmaniose, esse pesquisador buscou dialogar não só com os trabalhos realizados pelos principais centros de pesquisa europeus, mas também com aqueles produzidos por autores sul-americanos, o que o levou a abordar, pela primeira vez, as conclusões de Gaspar Vianna sobre a *Leishmania braziliensis* nos seus trabalhos.

Defendendo, novamente, a dupla ideia de identidade entre as diferentes manifestações de leishmaniose encontradas na região sul-americana e de sua individualização quando comparadas aos quadros clínicos do botão do Oriente, Alphonse Laveran iniciou seu artigo

conhecimento dos patógenos responsáveis pela Leishmaniose Tegumentar Americana, representado pelo artigo Da Matta (1916) é relativo ao processo de classificação taxionômica das diferentes espécies de leishmanias americanas, conforme demonstrarei mais à frente nesse capítulo. VIANNA, Gaspar. Parasitismo da célula muscular lisa pela <*Leishmania Braziliensis*>. *Memórias do IOC*, 1912.

²⁸¹ VIANNA, G; Parasitismo da célula muscular lisa pela <*Leishmania Braziliensis*>. *Op. cit.* p. 42.

mapeando as suas áreas endêmicas e dissertando sobre suas relações de identidade nesse continente:

Não há dúvidas que a leishmaniose americana seja frequentemente englobada como outras doenças sob os nomes de buba ou bouba, de botão da Bahia e úlcera de Bauru no Brasil; sob o nome de *uta* e *espundia* no Peru; de *pian-bois* na Guiana Francesa; de *forest yaws* na Guiana Inglesa e de *boschyaws* na Guiana Holandesa.²⁸²

Quanto à questão do seu agente patológico, ainda através de exames realizados nos parasitos encontrados em lesões de doentes de *espundia*, Laveran assinalou que, diferente do *L. tropica*, cujo núcleo apresentava-se ordinariamente arredondado ou ovular, esses parasitos da região americana tinham núcleos “*alongado e achatados ao longo da parede [celular]*”. Contudo, mesmo assim, afirmou que as pesquisas que estavam sendo realizadas nesse sentido demonstravam que essa característica não era nem constante nem exclusiva desse parasito americano, não servindo, portanto, como um sinal diferencial de uma nova espécie de *Leishmania*²⁸³.

Dessa forma, do ponto de vista morfológico, Alphonse Laveran continuava a afirmar que não via diferenças notáveis entre essas espécies de patógenos. Mas argumentava que isso não significava afirmar que eram idênticas, pois:

A *Leishmania donovani* tem os mesmo caracteres morfológicos que a *L. tropical* e, entretanto, há um acordo em reconhecer que trata-se de duas espécies diferentes, porque as características biológicas das duas espécies são bem diferentes, a primeira dá origem ao calazar e a segunda ao botão do Oriente. É também com base na ação patogênica do parasito, sobre os sintomas e as lesões anatômicas que ele determina frequentemente em particular ao lado das mucosas nasais, bucais e de faringe, que propomos sr. Nattan-Larrier e eu, em fazer, não uma espécie distintas, mais uma variedade da *Leishmania* do botão do Oriente, sob o nome de *L. tropica* var. *americana*.²⁸⁴

²⁸² LAVERAN, A. Leishmaniose américaine de la peau et des muqueuses. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 8, n. 6, 1915, p. 284. Francês no original, tradução livre do autor.

²⁸³ *Ibidem*, p. 382.

²⁸⁴ *Ibidem*, p. 384. Francês no original, tradução livre do autor.

Como podemos observar na citação acima, mais uma vez, Alphonse Laveran se utilizou dos mesmos argumentos postos para diferenciar a *L. donovani* da *L. tropica*, para defender também a especificidade desse patógeno encontrado na América do Sul, e, mesmo não defendendo enfaticamente a criação de uma nova espécie de *Leishmania* para abrigar a *Leishmania tropica* var. *americana*, o presidente da *Société de Pathologie Exotique* defendia a particularização desse agente patógeno por considerar se tratar, ao menos, de uma variação do agente causal do botão do Oriente. Além disso, continuava a reclamar para si e para Nattan-Larrier o mérito de tê-la identificado.

Em seguida, nesse trabalho, Alphonse Laveran estabeleceu um rápido debate com os trabalhos que foram produzidos por Gaspar Vianna no Brasil. Ao citar as conclusões do cientista brasileiro no sentido de demonstrar as diferenças encontradas entre a *L. tropica* e a *L. braziliensis*, Laveran atém-se ao filamento, qualificado por Vianna como sinal diferencial desses parasitos, para desqualificar seus argumentos, afirmando que “o filamento assinalado por Vianna parece corresponder ao rizoplasto já observado por diferentes autores”. E, por isso, a *L. braziliensis* não poderia ser considerada como uma nova espécie de *Leishmania* como bem queria Gaspar Vianna.²⁸⁵

Apesar de desqualificadas, as conclusões de Gaspar Vianna não são simplesmente abandonadas para dar lugar àquelas pretendidas pelo pesquisador francês. No ano seguinte à publicação de Laveran, dois pesquisadores sul-americanos escreveram novos artigos no *BSPE*, temporalmente próximos, que tinham por objetivo propor classificações para as diferentes modalidades de leishmanioses conhecidas e, em especial, as americanas. E, em um dos artigos escritos por um pesquisador brasileiro, a *Leishmania braziliensis* estava presente e ocupou um considerável espaço.

No primeiro artigo de 1916, “*Contribution à l'étude de la Leishmaniose américaine (Laveran et Nattan-Larrier). Formes et variétés cliniques*”, Edmund Escomel deu continuidade ao seu interesse pela *espundia* e, dialogando com o estudo realizado por Laveran, realizou uma classificação clínica das diferentes modalidades de leishmanioses encontradas na região sul-americana, subdividindo-as em manifestações cutâneas, mucosas e suas respectivas variações. Nesse artigo, o autor peruano descreveu cada uma de suas formas clínicas, demarcando suas áreas de prevalência e, assim como Laveran já havia feito, militou

²⁸⁵ *Ibidem*, p. 383.

no sentido de afirmar que, mesmo não sendo encontrados patógenos diferenciados, a leishmaniose americana deveria ser considerada, ao menos, uma variação do botão do Oriente, por suas diferentes manifestações mórbidas ²⁸⁶.

Os outros dois artigos publicados em 1916, no *BSPE* sobre classificações de leishmanioses são de autoria de Alfredo Da Matta, cientista baiano, residente em Manaus, no Amazonas, e também sócio corresponde da *Société de Pathologie Exotique*. Na primeira ocasião, em “*Sur les leishmanioses tégumentaires. Classification générale des leishmanioses*”, Da Matta afirmou que as leishmanioses despertavam um grande interesse científico devido ao polimorfismo de suas manifestações patógenas. Por isso nesse trabalho se propôs a realizar uma abrangente classificação, dividindo as manifestações de leishmanioses conhecidas em cinco agentes etiológicos com quatro quadros clínicos diferentes ²⁸⁷.

Destinando um importante espaço a *L. brasiliensis*²⁸⁸, denominando o grupo de leishmanioses presentes na América do Sul como tegumentares²⁸⁹ e ilustrando seu trabalho com fotos das diferentes manifestações mórbidas dessas doenças, esse pesquisador descreveu detalhadamente a evolução de suas formas clínicas, atribuindo, a cada uma dessas, determinado agente patógeno. De acordo com a classificação proposta por Da Matta, além da *L. brasiliensis*, que poderia causar tanto as modalidades cutâneas ulcerosas e não ulcerosas, quanto as cutaneomucosas, as outras formas de manifestações clínicas dessa moléstia encontradas na América do Sul também poderiam ser ocasionadas pela *L. nilótica*, descrita por Brumpt em 1913 como leishmaniose americana das florestas e pela *L. furunculosa*, agente do botão do Oriente, que antes de Wright (1903) já havia sido descrito por Firth (1891). Ainda de acordo com o pesquisador brasileiro, a *L. tropica var. americana*, descrita por Laveran &

²⁸⁶ ESCOMEL, E. Contribution à l'étude de la leishmaniose américaine (Laveran et Nattan-Larrier). *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 9, n.4, 1916, p. 219.

²⁸⁷ DA MATTA, A. Sur les leishmanioses tégumentaires. Classification générale des leishmanioses. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 9, n.7, 1916, p. 495. Antes da publicação desse artigo no *BSPE*, Da Matta já havia publicado artigos semelhantes no *Brazil Médico* (n. 34, 1915) e na *Gazeta Médica de Caracas* (n. 18, 1915), explicitando essa classificação taxionômica. Contudo, é através de suas publicações de 1916, no *BSPE*, que suas tabelas taxionômicas das leishmanioses ganharam visibilidade no cenário médico internacional e suscitaram a renomeação dessa espécie de *Leishmania*, passando a ser designada como *L. braziliensis* (Vianna, 1911) *emend* Da Matta 1916.

²⁸⁸ É interessante notar que, diferente do que é arrolado pela historiografia tradicional das leishmanioses, Alfredo Da Matta descreveu, em 1916, o nome desse parasito como *L. brasiliensis*, grafando-o com “s” e não corrigindo Gaspar Vianna. Esta troca na grafia de *L. brasiliensis* para *L. braziliensis* já havia sido feita por Vianna em artigo de 1914. *Ibidem*, p. 502.

²⁸⁹ Como demonstrarei no próximo item deste capítulo a designação “tegumentar” é uma proposta do médico brasileiro Fernando Terra de 1913, para designar as manifestações patogênicas diferenciadas na América do Sul. contudo, diferente de Da Matta, Fernando terra acreditava na indistintabilidade entre os patógenos encontrados neste continente e aqueles conhecidos no Oriente. TERRA, F. Leishmaniose tégumentaire au Brésil. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, vol. 2, 1913.

Nattan-Larrier (1912) era identificada a *L. brasiliensis* em suas manifestações cutâneas ulcerosas, popularmente conhecidos como *espunja*.²⁹⁰

Devido às divergências das conclusões de Alfredo Da Matta com os trabalhos por Alphonse Laveran, o editor deste periódico, e a proximidade temporal com que os artigos do pesquisador brasileiro e o do peruano foram publicados com objetivos semelhantes e diferentes conclusões, acredito que seja interessante reproduzir, na íntegra, o parecer dado pelo presidente dessa sociedade no final deste artigo:

Eu acredito que deveria lembrar, em ocasião do interessante trabalho do Sr. Dr. A. Da Matta, que nos recebemos este ano um trabalho do nosso colega Sr. Dr. Escomel sobre a leishmaniose americana, suas formas e variedade, que foi publicado no *Bulletin* do 12 de abril de 1916. Este número do nosso *Bulletin* provável ainda não tinha chegado a Manaus (Amazonas) quando Sr. Dr. A. Da Matta redigiu seu trabalho sobre o mesmo tema, isso explica porque ele não citou.

Sr. Dr. A. Da Matta designou a *Leishmania* do botão do Oriente sob o nome de *Leishmania furunculosa* Firth no lugar de *L. tropica* Wright. É verdade, que em 1891, Frith descreveu sob o nome de *Sporozoa furunculosa* um parasito do botão do Oriente, mas a descrição desta *Leishmania* em questão nos pareceu muito mal informada. Ao contrário, com o trabalho de Wright, toda a hesitação desapareceu, é impossível ignorar o parasito da excelente descrição e das fotografias que é apresentado sob o nome de *Helcosoma tropicum*. Eu acredito, então, que esta é a razão para que a maioria dos observadores denomine o parasito do botão do Oriente com o nome de *L. tropica*.²⁹¹

Esse artigo escrito por Alfredo da Matta é bastante significativo do ponto de vista da trajetória das pesquisas sobre essas modalidades americanas de leishmaniose e nos permite uma multiplicidade de análises sobre o entendimento médico dessas diferentes manifestações de leishmaniose, sobretudo, daquelas que foram denominadas como tegumentares. De acordo com Da Matta haveria, não uma, nem duas, mas sim, cinco espécies de patógenos responsáveis por todas as modalidades de leishmanioses conhecidas. Duas, *L. donovani* e *L. infantum*, seriam responsáveis pelas manifestações conhecidas como leishmanioses viscerais e as outras três, *L. brasiliensis*, *L. furunculosa* e *L. nilótica*, se relacionavam às diferentes manifestações de leishmanioses cutâneas, mucosas e mucocutâneas.²⁹²

²⁹⁰ DA MATTA, A. Sur les leishmanioses tégumentaires. Classification générale des leishmanioses. *Op. cit.*, p. 502. Tradução livre do autor.

²⁹¹ *Ibidem*, p. 503. Francês no original, tradução livre do autor.

²⁹² Para visualizar a tabela taxionômica das leishmanioses produzida por Alfredo Da Matta, ver: Anexo II, página 117.

Além disso, outro ponto que chama a atenção é a nomenclatura utilizada por Alfredo Da Matta para designar o agente causal do botão do Oriente, referindo-se a ele como *Leishmania furunculosa*, em menção à nomenclatura *Sporozoa furunculosa* proposta por Firth, cientista russo, em 1891²⁹³, como observado na citação de Laveran transcrita acima. Não é certo o motivo pelo qual esse cientista adotou tal classificação, mas levando em consideração que esse pesquisador trabalhava no Amazonas, uma área periférica do ponto de vista da atuação e da presença das principais instituições científicas, mas central no tocante às observações dos processos mórbidos das doenças tropicais, acredito que essa posição se relacione com um ato político de Da Matta, que devia ter como objetivo dar voz àquele cientista russo, que, assim como ele, poderia ser marginalizado por trabalhar em uma periferia científica ou exaltado por trazer observações de lugares reconhecidos como de fundamental importância para a compreensão da categoria de “doenças tropicais”.

Ainda em 1916, devido ao parecer publicado pelo presidente da *Société de Pathologie Exotique*, Alfredo Da Matta publicou um novo e, no entanto, pequeno artigo nesse periódico científico francês. No “*Tableau synoptique de la classification des leishmanioses*”, o pesquisador brasileiro se limitou a escrever uma pequena introdução afirmando que não conhecia os trabalhos desenvolvidos no Peru e postulou que se contentaria, nesta oportunidade, em reproduzir a tabela sobre as classificações das leishmanioses, por ele formulada no artigo anterior, porém, um pouco modificada. Pois, argumentou, “as variedades e formas clínicas da leishmaniose tegumentar foram perfeitamente descritas” pelo trabalho de Alphonse Laveran (1915).²⁹⁴

Nessa nova tabela, além das alterações possíveis de visualizar nas classificações das modalidades de leishmaniose cutâneas, mucosas e mucocutâneas, é interessante notar que Alfredo Da Matta não contemplou o principal ponto de discussão em seu artigo anterior: os diferentes agentes patógenos, responsáveis pelas manifestações clínicas diferenciadas de leishmanioses, talvez para não criar novos atritos com o presidente da *Société de Pathologie Exotique* e editor do periódico em questão.²⁹⁵

No ano seguinte, em 1917, Alphonse Laveran lançou o livro “*Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d’Orient, Leishmaniose Americaine*”, do qual a epígrafe desse capítulo foi retirada. Com mais de 500 páginas, esse livro tinha por objetivo, de acordo com seu autor,

²⁹³ *Ibidem*.

²⁹⁴ DA MATTA, A. “*Tableau synoptique de la classification des leishmanioses*”. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 9, n.10, 1916, p. 761.

²⁹⁵ Para ver a segunda tabela taxionômica das leishmanioses produzida por Alfredo Da Matta, ir para: Anexo III, página 118.

reunir o conhecimento científico que se tinha sobre as leishmanioses. Após uma apresentação geral da história atribuída às leishmanioses, o presidente da *Société de Pathologie Exotique* dividiu cada modalidade desse grupo de moléstias em um capítulo, sendo que o último foi destinado à “*leishmaniose américaine de la peau et des muqueuses*”.

Apesar de reproduzir, basicamente, o artigo publicado no *BSPE*, em 1915, nesse último capítulo, Alphonse Laveran acrescentou novas referências e interessantes modificações no conhecimento sobre as leishmanioses, que, acredito, se relacionam com as conclusões propostas por Alfredo da Matta em 1916. Dentre as mudanças no capítulo sobre as leishmanioses americanas, uma das que chamou mais a atenção foi a presença de fotografias de diferentes modalidades das leishmanioses americanas. Outro ponto que leva a acreditar na hipótese de que os artigos escritos por Da Matta influenciaram na maneira pela qual esse cientista francês entendia a problemática representada por esse grupo de moléstias foi a adoção de algumas classificações propostas pelo cientista brasileiro para diferenciar as modalidades de leishmanioses.

Quando se propôs a discutir a questão do seu agente patológico, apesar de continuar afirmando acreditar sê-lo uma variação da *Leishmania tropica* e denominá-lo *L. tropica var. americana*, Laveran, dessa vez, pontuou que:

Essa opinião não é um consenso geral; alguns autores consideram a *Leishmania americana* como idêntica a *L. tropica*; outros distinguem uma espécie bem distinta, sob o nome de *L. braziliensis*; outros ainda admitem que as leishmanioses da America possam ser causadas tanto pela *L. tropica* quanto pela *L. braziliensis*.²⁹⁶

Como vemos, trata-se de uma posição semelhante àquela defendida por Alfredo Da Matta no ano anterior. Por isso, afirmo que é provável que trabalhos classificatórios executados por esse cientista atuante no Amazonas, rico em explicações e ilustrações, tenham levado Alphonse Laveran a reconhecer diferentes manifestações, antes todas englobadas sob a nomenclatura de “leishmaniose americana”. Ou seja, antes dos artigos de Da Matta, os principais cientistas partidários da existência de uma modalidade de leishmaniose no continente sul-americano advogavam a identidade entre todas as suas formas clínicas, causadas por um agente etiológico semelhante, ou vizinho, daqueles encontrados no Velho

²⁹⁶ LAVERAN, A. *Leishmanioses. Kala-azar, Bouton d'orient, Leishmaniose Américaine. Op. Cit.*, p. 494. Francês no original, tradução livre do autor.

Mundo. Os artigos de Alfredo da Matta, por sua vez, propuseram novas subdivisões entre essas modalidades de leishmanioses americanas, que passariam a ser referenciais internacionais na classificação e no processo de construção de conhecimento sobre esse grupo de moléstias.

Chamou a atenção também a importância da região amazônica no contexto de validação de diferentes quadros clínicos e agentes patológicos das chamadas leishmanioses americanas. Pois tanto no Brasil quanto no Peru os trabalhos mais significativos no tocante ao processo de construção de conhecimento dessas moléstias foram desenvolvidos, observados e/ou redigidos em territórios amazonenses, demonstrando a importância dessa região no desenvolvimento do conhecimento científico dessa área de atuação, pesquisa e ensino. Nesse caso, referiam-se especificamente ao conhecimento das espécies de parasitos e aos quadros clínicos diferenciados das leishmanioses.

No próximo tópico desse capítulo demonstrarei os principais argumentos utilizados pelos cientistas europeus Francesco La Cava e Patrick Manson, e, em seguida, pelos médicos brasileiros Carlos Chagas e Fernando Terra para defender a ideia de unidade entre todas as formas de leishmanioses cutâneas, mucosas e mucocutâneas conhecidas no globo terrestre, de Oriente a Ocidente. Apesar de não representarem a posição majoritária nesse campo de pesquisa, esses cientistas também desempenharam um importante papel na produção de conhecimento sobre essas moléstias, com destaque para a proposição do termo tegumentar, na designação das modalidades de leishmanioses encontradas na América do Sul.

3.2 – Os estudos sobre a leishmaniose no continente americano: a defesa da identidade com o Oriente

Apesar de toda essa ebulição epistemológica no tocante à produção de conhecimento científico sobre leishmanias e leishmanioses particularizadas na América do Sul estar a pleno vapor na década de 1910, diferentes cientistas europeus e sul-americanos não aceitavam a hipótese de individualização dessas manifestações e de seus patógenos nessa região. A ideia de que as condições ambientais e/ou diferentes espécimes da fauna tropical poderiam influenciar no curso clínico das doenças não era nenhuma novidade à época. Diversas pesquisas atribuíam as diferentes virulências de doenças, provocadas por patógenos semelhantes, aos papéis desempenhados pelo clima, pelo ambiente e também por diferentes

vetores e hospedeiros intermediários em regiões tropicais e temperadas. Logo, ao mesmo tempo em que começaram a aparecer artigos defendendo a ideia de particularização das manifestações de leishmanioses no continente americano, outro grupo de pesquisadores, que não concordava com essa individualização, passou a argumentar que não havia elementos suficientes para considerar a existência de manifestações de leishmanioses particularizadas da América do Sul, contudo, diferindo em seus argumentos.

Em 1912, um ano após começar a aparecer no *BSPE* relatos sobre modalidades de leishmanioses que acometiam as cavidades mucosas e nasais de seus portadores e que seriam, exclusivas do continente americano, o cientista italiano Francesco La Cava²⁹⁷ relatou, nesse mesmo periódico científico, ter encontrado casos dessa leishmaniose de mucosas em seu país natal. Com o artigo “*De Leishmaniose des muqueuses et la première découverte de la Leishmania tropica flagellée dans le corps humain*”, La Cava afirmou, em sua primeira página, que a principal motivação em produzi-lo era o de relatar, pela primeira vez na Itália, dois casos de pacientes diagnosticados com leishmanioses de mucosas. Doença que, de acordo com ele, havia recentemente sido descrita por Splendore e Carini com características absolutamente distintas “das ulceações mucosas tardias do calazar”.²⁹⁸

Após realizar minuciosas descrições dos cursos clínicos e da evolução das úlceras que haviam comprometido as cavidades mucosas e nasais desses dois pacientes italianos, La Cava passou a refletir sobre esse conceito de leishmaniose de mucosas e suas derivações, revisando, para isso, os trabalhos de Breda de Padua, Splendore e Carini. Sobre a questão de seu patógeno, pontuando que esses indivíduos nunca havia deixado a Itália, La Cava afirmou categoricamente que “o parasito observado nos casos de leishmanioses de mucosas não diferem daqueles que eu tantas vezes encontrei nos casos de botão do Oriente”.²⁹⁹

Em seguida, esse pesquisador italiano estabelece um diálogo com o trabalho de Splendore no sentido de desqualificar sua argumentação destinada à defesa da distinção entre parasitos do botão do Oriente e o das leishmanioses mucosas. É interessante notar que, por coincidência ou não, após relacionar essas diferenças apontadas por Splendore aos variados métodos de coloração utilizados, La Cava começou a dissertar sobre um filamento intracelular

²⁹⁷ Apesar de um longo levantamento bibliográfico, não foi possível encontrar maiores informações sobre esse médico.

²⁹⁸ LA CAVA, F. De la leishmaniose des muqueuses et de la première découverte de la *Leishmania tropica flagellée* dans le corps humain. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 5, n.10, 1912, p. 808.

²⁹⁹ *Ibidem*, p. 811. Francês no original, tradução livre do autor.

encontrado, e que, de acordo com ele, demonstraria que esses protozoários conservavam suas características flageladas, mesmo no interior das células do homem.³⁰⁰

Apesar de ter como objetivo específico o de demonstrar flagelos que representariam a presença de outra fase do complexo ciclo de vida desse protozoário no interior do organismo humano, suas conclusões relacionadas a esse filamento – o mesmo indicado por Gaspar Vianna para marcar a diferenciação entre a *L. tropica* e a *L. braziliensis* – também desqualificavam a proposta de distinção do cientista brasileiro para o reconhecimento diferencial do patógeno americano. Contudo La Cava não explicitava essa dimensão em suas conclusões.

Esse trabalho de La Cava no *BSPE* se tornou uma das principais referências para os autores que defendiam a teoria unicelular das leishmanioses quando queriam desqualificar a ideia de patógenos próprios da América do Sul. Pois mesmo reconhecendo que os casos de leishmanioses que comprometiam as cavidades mucosas e nasais tinham prevalência na região americana, esses cientistas atribuíam essas diferentes manifestações à *L. tropica*, presente na Europa, na África e na Ásia. Logo, os relatos dessas modalidades mais agressivas de leishmanioses em determinadas regiões do Velho Mundo serviam como um grande argumento para combater a ideia de que essa doença fosse exclusivamente americana.

Patrick Manson foi outro cientista europeu que, apesar de não ser explícito, também defendia a teoria da unidade entre as leishmanioses. Conforme já foi abordado no primeiro capítulo desse trabalho, nas sucessivas edições de *Tropical Diseases*, é possível perceber o processo de construção de conhecimento científico e o deslocamento de significado das leishmanioses no seu manual. Se em 1898, o *Oriental sore* e o *kalazar* eram consideradas moléstias distintas, com desenhos etiológicos desconhecidos e pensadas como singulares, na 4ª edição de 1910, elas passaram a ser associadas a protozoário do gênero *Leishmania*.

Nessa 4ª edição, Patrick Manson timidamente relacionava as diferentes manifestações de *Leishmania* (*Kalazar* e *Oriental sore*) aos seus diferentes meios de transmissão por vetores. Na sua concepção, o protozoário da leishmaniose poderia ser transmitido de maneira direta – quando o seu vetor desempenha um papel meramente mecânico em sua transmissão – e/ou indireta – quando o vetor desempenha o papel de hospedeiro intermediário e realiza um papel fundamental no desenvolvimento do ciclo de vida desses protozoários, antes de transmiti-lo. Para Manson, advinha daí as diferentes manifestações no organismo humano.³⁰¹

³⁰⁰ *Ibidem*, p. 812.

³⁰¹ MANSON, P. *Tropical Diseases*. 4. Ed. Londres, 1910, p. 589.

Já na 5ª edição de *Tropical Diseases*, Manson realizou uma nova e mais ampla reformulação do seu manual no tocante às leishmanioses. Se, na 4ª edição de 1910, este cientista inglês já havia relacionado tanto o *Oriental sore* como o *Kalazar* as distintas manifestações de leishmanias, em 1914, agrupou-as, em um capítulo à parte. Sobre o título de *leishmaniasis*, o capítulo 11 da 5ª edição de *Tropical Diseases* teve por objetivo retratar as três diferentes manifestações desse grupo de doenças: o *Oriental sore*, o *Kalazar* e, pela primeira vez nas sucessivas edições desse manual, a *Espundia*.

Ao iniciar esse capítulo de seu manual, Patrick Manson dissertou sobre esse agrupamento, afirmando que:

UNDER the term “leishmaniasis” three diseases are included, viz. kala-azar, oriental sore, and espundia. These diseases, though clinically quite distinct and having each a definite local and geographical distribution, are all associated with what appears to be the same organism, *Leishmania*. But though these organisms appear to be morphologically identical, it is by no means justifiable to consider that they are specifically identical. The leishmania form is common to many protozoa; it is merely a stage – an immature stage – and until the life history is quite complete, and the natural history of the parasites of these diseases has been worked out, our judgment as to their identity or otherwise should be suspended. If it turn out to be the case that the germs causes of the various clinical forms of leishmaniasis are specific pathogenic properties of these germs have been conferred on them during their extracorporeal life, especially by passage through particular animal intermediaries. Herein lies a wide field for future investigation³⁰².

Referindo-se ao debate sobre as classificações dos patógenos das leishmanioses, o autor de *Tropical Disease* preferiu manter cautela nessa introdução e propor que fossem suspensas as propostas de classificações diferenciais desses parasitas responsáveis pela diferentes manifestações mórbidas das leishmanioses. Reconhecia, contudo, que esses patógenos não eram especificamente idênticos, já que causavam doenças severamente distintas; essas diferenças se associavam, para o autor, aos diferentes estágios de vida desses protozoários. Ou seja, de acordo com o entendimento de Manson, as diferentes manifestações do grupo de doenças conhecidas ao redor do globo terrestre – o botão do Oriente, o calazar e a *espundia* – estavam intimamente relacionados aos estágios do ciclo de vida de um mesmo

³⁰² *Idem, Tropical Diseases*. 5. Ed. Londres, 1914, p. 213.

parasito. É ainda interessante observar que Patrick Manson reconhecia como frutífera, a agenda de pesquisa relacionada a esse grupo de moléstias, pois especulava que ainda proporcionariam aos futuros pesquisadores novas possibilidades de investigações científicas originais.

Ao abordar especificamente a *Espundia*, Patrick Manson começou afirmando que “sob o termo espundia, bubas brasileiras ou uta, diversos escritores – Carini, Paranhos, Splendore, Escomel e outros – descreveram uma grave forma de leishmaniose que ocorria em certos países da América do Sul – Brasil, Bolívia, Peru e Paraguai”³⁰³ e reproduziu uma foto de um doente sul-americano que havia sido reportada pela primeira vez no artigo de Splendore (1912) no *BSPE*. Ainda nesse primeiro trecho, quando dissertou sobre a distribuição geográfica dessa forma de leishmaniose, Manson observou que, além dos relatos americanos, La Cava havia diagnosticado uma moléstia semelhante na Itália, “em localizações onde o *Oriental sore* também era encontrado”.³⁰⁴

Traçando o curso clínico da *espundia*, Patrick Manson afirmou que, inicialmente, esta moléstia se caracterizava pelo aparecimento de feridas em superfícies mucosas de aparências próximas às do botão do Oriente, e que, ao começarem a cicatrizar, deixavam uma marca característica. Após o intervalo de meses ou anos, erodiam, dessas marcas, úlceras intratáveis na língua e/ou nas cavidades bocais e nasais de seu portador que as comprometiam severamente, e, após anos de sofrimento, levava-o à morte.

Patrick Manson ainda sinalizava que, apesar de encontrar corpúsculos de *Leishmania* nessas úlceras mucosas, não as achava em grandes profusões. Além disso, esse pesquisador salientava a existência de outras úlceras dermatológicas, típicas do botão do Oriente, em casos de portadores de lesões mucosas. Por fim, concluiu afirmando que acreditava que essas feridas de leishmanioses se desenvolviam no local da picada de um inseto de floresta, de uma espécie ainda desconhecida.³⁰⁵

Na 6ª edição de seu manual, lançado em 1918, Manson realizou pequenas alterações no que diz respeito à construção do conhecimento científico sobre essa modalidade da doença. De início, alterou sua nomenclatura de *Espundia* para *Leishmaniasis americana*, mas manteve, contudo, as fotografias da edição passada e acrescentou ao texto redigido nessa parte do manual, somente, a possibilidade de tratamento pelo tártaro emético, como meio de

³⁰³ *Ibidem*, p. 221.

³⁰⁴ *Ibidem*.

³⁰⁵ *Ibidem*, p. 222.

redenção aos portadores de úlceras cutâneas e mucosas ³⁰⁶. É interessante notar, que na análise realizada por Patrick Manson, diferente da proposta por La Cava, o papel desempenhado pelo hospedeiro intermediário é fundamental na definição da modalidade clínica de leishmaniose que acometerá seu portador final. Diferenciava, desta forma, as manifestações desse grupo de doenças (calazar, botão do oriente e leishmaniose americana).

Contudo, como dito acima, não só pesquisadores europeus advogavam a favor da ideia de identidade entre todas as formas de leishmanioses existentes ao redor do globo terrestre. Cientistas brasileiros aderiam e militavam a favor dessa ideia. Carlos Chagas, por exemplo, não compartilhava da mesma opinião de Gaspar Vianna a respeito da individualização do patógeno das leishmanioses na América do Sul. Apesar de não declarar explicitamente essa posição contrária a seu companheiro de trabalho, através de alguns de seus relatos é possível perceber que, assim como já observado, Carlos Chagas atribuía essas diferenças, na ação patogênica e no curso clínico dessa leishmaniose, dita, americana, às peculiaridades do clima e do ambiente, em determinadas regiões geográficas do Brasil e de outros países da América do Sul.

Ao comandar a expedição médico-científica ao vale do Amazonas entre 1912 e 1913, abordada no capítulo anterior, o cientista de Manguinhos afirmou ter estranhado o que chamou de uma “patologia anarquizada” nessa região. De acordo com Carlos Chagas, isso acontecia por que “na Amazônia, a patologia dos trópicos se apresenta com as suas características verdadeiras, não raro modificadas nas condições climáticas mais temperadas das zonas intertropicais”.³⁰⁷

Na concepção desse cientista, as condições climáticas e ambientais exerciam um papel central na definição das manifestações patogênicas das moléstias tropicais. Ao dissertar especificamente sobre a leishmaniose, tanto no seu relatório científico quanto na sua palestra no Palácio Monroe, Carlos Chagas, apesar de sempre frisar o estranhamento relacionado “a anomalia e a variedade de aspectos daquelas feridas”³⁰⁸, destacava que, em quase todas as úlceras examinadas – tanto nas formas cutâneas como nas mucosas – havia “encontrado o corpúsculo específico de Wright”³⁰⁹ ou a “leishmania específica”, sobretudo, nos casos de *espundia*, que a princípio chegou a suspeitar que constituísse “uma nova modalidade” desse

³⁰⁶ MANSON, P. *Tropical Diseases – A manual of diseases of Warm Climates*. 6. Ed. Londres, 1918, p. 219.

³⁰⁷ CHAGAS, C. Notas sobre a epidemiologia do Vale do Amazonas. *op. cit.*, p. 160.

³⁰⁸ *Ibidem*, p. 169.

³⁰⁹ CRUZ, O. Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas. *op. cit.*, p. 140.

grupo de doenças. Mas que, a partir da realização do exame parasitológico concluiu se tratar de “apenas uma outra forma clínica de leishmaniose”.³¹⁰

Esse cientista de Manguinhos ainda atribuía os extensos cursos clínicos dessa moléstia observados no interior do Amazonas, com registro de úlceras com durações superiores há quinze anos, à “grande resistência do protozoário aqui [Amazonas], aos processos de reação orgânica”, confirmando assim a atribuição de um papel central do ambiente nos processos de manifestações mórbidas das doenças tropicais, conforme entendido por esse cientista.³¹¹

Fernando Terra, professor catedrático de clínica dermatológica da FMRJ e presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia³¹², foi outro defensor da teoria unitária das leishmanioses e escreveu “*Leishmaniose tégumentaire au Brésil*” no *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, em 1913. Neste artigo, a despeito de marcar fortemente as distinções estabelecidas entre as manifestações cutâneas conhecidas na Europa e aquelas que acometiam as mucosas de doentes na América do Sul, Terra associava essas úlceras mucosas à ação da *L. tropica*, ao mesmo tempo em que advogava a necessidade de particularizá-las, clinicamente, por apresentarem diferenças notáveis do ponto de vista da sua evolução. Propondo, pela primeira vez, a denominação de tegumentares.

Ainda de acordo com esse pesquisador, o termo “tegumentar” se justificava na medida em que, diferente das manifestações conhecidas do Oriente, essa modalidade clínica de leishmaniose se caracterizava por atacar inicialmente os tegumentos cutâneos, e, em seguida, demonstrar uma “predileção especial por certas mucosas”³¹³ como a boca, o nariz e a faringe. Advertia, porém, que já havia sido encontrada a presença desse patógeno nas mucosas do prepúcio, da glândula e, ainda mais raramente, nas mucosas anais.³¹⁴ Ao dissertar especificamente sobre as maneiras pelas quais esse protozoário atacava determinadas mucosas de seu portador, Fernando Terra ponderou que ainda não sabia se o ataque do patógeno às áreas mucosas se faz por inoculação direta ou por migrações do parasito, de início inoculado na pele, através da corrente circulatória.³¹⁵

Como podemos observar, o artigo de Fernando Terra é bastante importante no tocante à construção de conhecimento dessa moléstia, sobretudo, nas questões relacionadas à sua

³¹⁰ CHAGAS, C. Notas sobre a epidemiologia do Vale do Amazonas. *op. cit.*, p. 170.

³¹¹ CRUZ, O. Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas. *op. cit.*, p. 89.

³¹² Fernando Terra foi catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, além de ser o fundador e o primeiro presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, fundada em 1912. Para maiores informações Cf: CARRARA, S. Tributo a Vênus. *Op. cit.* p. 90

³¹³ TERRA, F. Leishmaniose tégumentaire au Brésil. *Op. cit.*, p. 58.

³¹⁴ *Ibidem*, p. 62.

³¹⁵ *Ibidem*.

nomenclatura. Ao propor denominar essa modalidade de leishmaniose como tegumentar, Terra, apesar de defender a unidade entre as leishmanioses, marcava profundamente uma diferenciação clínica entre as manifestações de leishmaniose observadas, majoritariamente, nas Américas, e aquelas conhecidas como botão do Oriente.³¹⁶

Contudo, ao ponderar a maneira pela qual esses patógenos do gênero *Leishmania* atacavam as cavidades mucosas, Fernando Terra trouxe novas possibilidades de explicação para esse fenômeno. Se Patrick Manson atribuiu as diferentes manifestações desse grupo de moléstia a estágios do seu patógeno, e Carlos Chagas as relacionava às condições climáticas e ambientais, Fernando Terra especulou sobre a possibilidade desses protozoários migrarem para as cavidades mucosas de seus portadores através da circulação sanguínea, trazendo novos argumentos e complexificando, ainda mais, a discussão relativa a essas diferentes manifestações patogênicas com um agente causal semelhante.

É interessante observar que, apesar de todos defenderem a indistintabilidade entre as manifestações patogênicas de leishmanioses, seus argumentos eram tão dispares que, diferentemente daqueles que trabalhavam na construção de conhecimento a favor dessa individualização, não se pode falar em um grupo que debatia questões relativas a essa identidade e sim de diversos pesquisadores que utilizavam os mais diversos argumentos para defender a ideia de unidade patógena entre essas diferentes manifestações clínicas.

No próximo tópico, pretendo analisar as discussões envolvendo a problemática relacionada ao modo de transmissão das leishmanioses. Como demonstrarei a seguir, devido aos seus significados para a profilaxia, compreensão do ciclo do parasito e sua terapêutica, a definição de diferentes espécies de flebotomíneos como hospedeiros intermediários e vetores de todas as modalidades de leishmanioses conhecidas, foi um evento da década de 1920 de particular importância na definição dos caracteres relacionados a esse grupo de moléstias. Com tenho insistido, esta identificação fecharia o primeiro ciclo de construção de conhecimento científico sobre esse grupo de moléstia ao conseguir conjugar os estudos parasitológicos a ações de saúde pública e concluir a tríade vetor-parasito-doença.

3.3 – As leishmanioses e os seus hospedeiros intermediários: os flebotomíneos e os caminhos da profilaxia

³¹⁶ *Ibidem*, p. 65.

Por mais que médicos e pesquisadores se esforçassem em produzir um conhecimento científico válido sobre os agentes patógenos e as diferentes modalidades das leishmanioses ao redor do globo terrestre, ainda nas primeiras décadas do século XX, não havia nenhum consenso no que dizia respeito aos mecanismos de transmissão desse grupo de moléstias. Suspeitava-se desde a transmissão direta pelo ar, passando por contaminações de depósitos de água, e por possíveis e diferentes papéis desempenhados por moscas, mosquitos, carrapatos, pulgas, percevejos e até mesmo lagartixas no desenvolvimento do ciclo de vida desses patógenos e na inoculação dessas moléstias em homens e animais.

A hipótese de que determinados flebotomíneos agissem como seus vetores e/ou hospedeiros intermediários foi aventada, diversas vezes, ao longo das duas primeiras décadas do século XX, até ser finalmente comprovada, experimentalmente, em 1921, pelos irmãos Sergent³¹⁷ e seus colaboradores no Instituto Pasteur da Argélia, e por Henrique Aragão, em 1922 e 1927, no Brasil. Já a tese de que essa família de dípteros era, de fato, a única transmissora desse grupo de moléstias para homens e animais, e que sua transmissão se dava exclusivamente através de suas picadas, só seria confirmada empiricamente, em 1940, pelos sucessivos trabalhos realizados durante décadas, por Saul Adler³¹⁸ e Oskar Theodor³¹⁹, na Universidade Hebraica de Jerusalém.

A definição dos mecanismos de contágio de uma determinada moléstia era considerada peça de fundamental importância em sua compreensão, por estar intimamente relacionada a questões do ciclo de vida do parasito, sua profilaxia e do seu tratamento. Apesar das antigas suspeitas de que as leishmanioses tivessem um inseto hematófago como seu vetor, ainda no início do século XX, essa questão era tão controversa que, no Brasil, em grandes hospitais da então Capital Federal, Rio de Janeiro, os casos de leishmaniose mucosa ainda eram tratados como “possivelmente contagiosos” e o isolamento dos doentes era considerado o caminho preferencial para o tratamento de seus pacientes, em 1912. Em contrapartida, nesse

³¹⁷ Edmond Sergent (1876 – 1969) e Etienne Sergent (1878 – 1948) eram dois pesquisadores filiados a *Société de Pathologie Exotique* do Instituto Pasteur da França. Passaram grande parte de suas carreiras vinculados ao Instituto Pasteur da Argélia. Disponível em: <http://www.pasteur.fr/infosci/archives/srt0.html> e <http://www.pasteur.fr/infosci/archives/ser0.html>. Acesso em: 05/06/2014.

³¹⁸ Saul Adler (1895 – 1966) foi um parasitologista russo formado na Universidade de Leeds, durante a Primeira Guerra Mundial. Após a guerra se filiou ao *Royal Army Medicine Corps* e foi enviado ao Oriente Médio, onde desenvolveu interesse pelas doenças tropicais, realizando pesquisas, sobretudo, sobre as leishmanioses. Disponível em: <http://www-personal.umich.edu/~szwetch/Stamps.of.Israel/3.html>. Acesso: 05/06/2014.

³¹⁹ Oscar Theodor (1898 – 1987) nascido na Prússia Oriental foi um entomologista especializado em dípteros. Em 1925 se tornou assistente de pesquisa na Universidade de Jerusalém, onde permaneceu pelo restante da sua carreira, desenvolvendo pesquisas sobre as doenças tropicais e, sobretudo, as leishmanioses. <http://www.quazoo.com/q/Entomologists%20by%20nationality>. Acesso em 05/06/2014.

mesmo momento, no contexto internacional de produção de conhecimento científico sobre o seu mecanismo de transmissão, parece ter sido um consenso entre os participantes desses debates que houvesse um vetor responsável pela veiculação.

As sucessivas edições de *Tropical Diseases* são bastante ilustrativas dos debates a respeito dos mecanismos de transmissão desse grupo de moléstias. Se, na 1ª edição em 1898, de seu manual, Patrick Manson acreditava que determinados melhoramentos sanitários poderiam reduzir significativamente a frequência do *Oriental sore*³²⁰, na 4ª edição de 1910, apesar de reafirmar essa posição, já admitia que moscas ou outros insetos sugadores de sangue, poderiam agir como vetores mecânicos e/ou hospedeiros intermediários das leishmanioses.³²¹ Por fim, em 1914, Patrick Manson retirou do seu manual as informações a respeito de melhoramentos sanitários como meio profilático para o *Oriental sore* e acrescentou, sobre a *Espundia*, como já mencionado, que se desenvolvia no lugar da picada de um inseto da floresta de uma espécie ainda desconhecida.³²²

Edmond Sergent, que veio a ser presidente do Instituto Pasteur da Argélia entre 1910 e 1963, e seu irmão Étienne Sergent, encarregado de comandar uma campanha anti-palúdica permanente do Instituto Pasteur na Argélia desde 1900,³²³ parecem ter sido os dois maiores defensores da hipótese de que os flebotomíneos exercessem um papel central na transmissão do botão do Oriente. Antes mesmo da década de 1910, esse dois cientistas já haviam publicado três artigos em diferentes periódicos científicos que relacionavam essa família de dípteros à transmissão do botão do Oriente. Esses estudos, contudo, partiam de observações de correlações de áreas endêmicas dessa moléstia e desse díptero em questão, mas careciam de comprovação experimental e, por isso, não eram aceitas como determinantes na construção de conhecimento sobre os mecanismos de contágio do botão do Oriente.

Em 1911, o protozoologista britânico da *London School of Tropical Medicine*, Charles Wenyon³²⁴, realizou uma expedição de seis meses à Bagdá, no Iraque, com o objetivo oficial de estudar o *Oriental sore*. No principal produto final dessa expedição, *Report of six months*

³²⁰ MANSON, P. *Tropical Diseases*. 1ª ed, 1898. *Op. Cit.*, p. 443.

³²¹ *Idem*. *Tropical Diseases*. 4ª ed, 1910. *Op. Cit.*, p. 591.

³²² *Idem*. *Tropical Diseases*. 5ª ed, 1914. *Op. Cit.*, p. 222.

³²³ DEDET, J. P. Histoire de la médecine. Les découvertes d'Edmond SERGENT sur la transmission vectorielle des agents de certaines maladies infectieuses humaines et animales. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. Vol. 100, n. 2. 2007, pág. 149.

³²⁴ Charles Morley Wenyon (1878 – 1948) foi protozoologista inglês que após concluir seus estudos em medicina tropical participou de uma expedição à Bagdad com principal objetivo de estudar o botão do Oriente. Disponível em: <http://www.soas.ac.uk/library/archives/specialist-guides/subject/file76219.pdf>. Acesso em 05/06/2014.

work of the expedition to Bagdad on the subject of oriental sore, Wenyon escreveu em suas conclusões que os flebotomíneos da espécie *Phlebotomus papatasi*, presentes em áreas endêmicas de leishmaniose cutânea, eram um dos prováveis responsáveis pela transmissão do botão do Oriente em Bagdá ³²⁵. Contudo, ainda carecendo de comprovação empírica, suas conclusões também não foram aceitas como prova definitiva de que essa espécie de flebotomíneos desempenhava o papel de vetor e/ou hospedeiro intermediário do *Oriental sore*, mas sim como mais um indício nesse sentido, como definido pelo próprio autor. ³²⁶

Ainda em 1911, Jean Pierre Cardamatis³²⁷ e Apollodore Melissidis³²⁸ publicaram, no *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, o artigo “*Du rôle probable de la mouche domestique dans la transmission de ‘Leishmania’*”, no qual relatavam terem realizado um experimento com oito moscas domésticas que haviam sido inoculadas previamente com protozoários do gênero *Leishmania* e analisadas por um variado período de tempo de até nove dias. ³²⁹

Após examinarem a última mosca do experimento, esses dois pesquisadores chegaram às seguintes conclusões:

1^a As moscas podem, nutrindo-se convenientemente, viver mais do que nove dias em frascos de vidros de boca larga;

2^a A *Leishmania* se encontra dentro dos tubos digestivos das moscas domésticas como dentro do organismo humano;

3^a A *Leishmania* vive dentro do intestino das moscas domésticas por volta de seis dias, de acordo com nosso trabalho até esse dia, talvez até mais;

4^a A *Leishmania* dentro do intestino das moscas domésticas, vivem não somente um número de dias indeterminado ainda, mas ela se desenvolvem como dentro do homem;

5^a As moscas domésticas constituem provavelmente um veículo de infecção homem a homem pela evacuação das moscas infectadas quando as evacuações estão em contato com qualquer lesão da epiderme. ³³⁰

³²⁵ WENYON, C. Report of six months work of the expedition to Bagdad on the subject of oriental sore. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. vol. 71, 1911, p. 103, 109.

³²⁶ DEDET, J. P. Stages in the identification of phlebotomine sandflies as vectors of leishmaniasis and other tropical diseases. *Parasitologia*. N. 47, 2005. P. 293.

³²⁷ Apesar de um longo levantamento bibliográfico, não foi possível encontrar maiores informações sobre esse médico.

³²⁸ Apesar de um longo levantamento bibliográfico, não foi possível encontrar maiores informações sobre esse médico.

³²⁹ CARDAMATIS, J. & MELISSIDIS, A. Du rôle probable de la mouche domestique dans la transmission des *Leishmania*. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 4, n.7, 1911, p. 459.

³³⁰ *Ibidem*. Francês no original, tradução livre do autor.

É interessante notar que esses dois pesquisadores identificaram e destacaram o desenvolvimento dos protozoários no organismo das moscas domésticas, chamando a atenção para as semelhanças observadas no seu desenvolvimento nesse suposto vetor e no corpo humano. De certa forma, esses cientistas acreditavam que essas semelhanças poderiam garantir a possibilidade de leishmanias se desenvolverem nos organismos desses hospedeiros intermediários e infectarem os seres humanos, através do contato de suas evacuações com a epiderme de uma pessoa.

Edmund Escomel, no já citado artigo sobre a *espundia*, especulou, sem esclarecer maiores relações de causalidade que essa moléstia no Peru era transmitida por “um inseto sem asas”³³¹. Giuseppe Franchini em “*Sur un cas de Leishmaniose Américaine*” afirmou, que na região em que seu paciente habitava no Brasil, existiam diversas espécies de insetos “mordedores”, como pulgas, mosquitos e moscas, mas que, de acordo com seu paciente acometido, “a propagação dessa doença é devido a uma espécie de mosca chamada *cotunga*”³³², Luiz Migone³³³, ao relatar a existência da leishmaniose americana no Paraguai, afirmou que muitos insetos são incriminados como inoculadores da leishmaniose como carrapatos, mutucas, mosquitos e simulídeos (borrachudos), mas “os mais incriminados são os primeiros”.³³⁴

Emile Brumpt e Alexandrino Pedroso, durante suas pesquisas epidemiológicas sobre a leishmaniose americana das florestas no interior do estado de São Paulo, enumeram uma série de possíveis vetores entre os espécimes da flora tropical encontrados naquele estado. Entre eles, investigaram espécies de ácaros, ixodídeos, tabanídeos, triatomas, pulgas, simulídeos, flebotomíneos e culicídeos. Por fim, relataram acreditar que os tabanídeos fossem os mais prováveis de seus vetores e hospedeiros intermediários, ao menos, da modalidade de leishmaniose por eles estudada.³³⁵

³³¹ ESCOMEL, E. La espundia. *Op. cit.*, p. 493.

³³² FRANCHINI, G. Sur un cas de Leishmaniose américaine. *Op. Cit.*, p. 226.

³³³ Apesar de um longo levantamento bibliográfico, não foi possível encontrar maiores informações sobre esse médico.

³³⁴ MIGONE, L. Memoires. La bouba du Paraguay, leishmaniose américaine. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 6, n.3, 1913, p. 211.

³³⁵ BRUMPT, E. & PEDROSO, A. Recherches épidémiologiques sur la Leishmaniose forestière américaine dans l'Etat de São-Paulo (Brésil). *Op. Cit.*, p. 761, 762.

Alphonse Laveran, em seu extenso artigo “*Leishmaniose américaine de la peau et des muqueuses*”, publicado no *BSPE*, afirmou que era um consenso geral de que a leishmaniose na América fosse transmitida por picadas de um inseto hematófago. De acordo com esse pesquisador, as divergências começavam quando tratava-se de uma maior precisão sobre esse inseto picador, sendo comum designarem, entre a vasta fauna tropical existente, o inseto ou ácaro predominante em cada região, ou aquele com a picada mais dolorosa, como o responsável pela inoculação dessa moléstia.³³⁶

Realizando um levantamento dos insetos incriminados pela inoculação dessa moléstia na América, o presidente da *SPE* afirmou, sem citar todas as suas referências, que, no canal do Panamá, os indígenas acusavam a “*mosca boyana*” pela leishmaniose. Em Manaus, Alfredo Da Matta, supunha que o *Derma-centor electus* fosse seu transmissor. No Suriname, incriminavam determinados carrapatos. No Paraguai, os trabalhos de Migone e Lindsay afirmavam que os trabalhadores que haviam contraído essas úlceras acusavam ora as picadas de determinado simulídeo, conhecido pelo nome de *mbarriguies*, ora as de carrapatos, como os *Amblyomma striatum*, *A. fossum*, *A. cajennemse*.³³⁷

Sobre as pesquisas epidemiológicas realizadas por Brumpt e Pedroso em São Paulo, Laveran afirmou que, ao analisarem os possíveis transmissores da moléstia por eles estudada, chegaram à conclusão de que os tabanídeos seriam os seus possíveis vetores. No “*Vallé de la Convencion*”, no Peru, a população local acusava simulídeos de transmitir a leishmaniose. Dessa forma, em meio a tão variada fauna tropical e indícios tão dispares, Alphonse Laveran afirmava que não era possível, assim como no caso do botão do Oriente, determinar, ao certo, qual era o agente transmissor. Ainda, por fim, alertava para a possibilidade de que picadas de diferentes insetos hematófagos ou ácaros poderiam servir de entrada para a *Leishmania* no organismo de seu hospedeiro final e que não havia dúvida de que essa moléstia era inoculável de homem a homem e transmissível.³³⁸

Além disso, ponderava que, em países quentes:

As moscas domésticas sugam exaustivamente as feridas, depois de ficarem sujas sobre as úlceras, as moscas podem evidentemente transportar sob um

³³⁶ LAVERAN, A. *Leishmaniose américaine de la peau et des muqueuses*. *Op cit.*, p. 386.

³³⁷ *Ibidem*.

³³⁸ *Ibidem*, p. 386, 387.

arranhão de pele de um homem são, os micróbios patogênicos que aderiu ao pousar suas patas em um doente.³³⁹

Aphonse Laveran sugeriu que se investigasse particularmente o papel de simulídeos e de flebotómíneos na transmissão das leishmanioses, pois, de acordo com esse pesquisador, eram os hematófagos mais abundantes nas regiões em que a botão do Oriente se apresentava em caráter endêmico³⁴⁰. Nesse artigo de Laveran, é interessante notar que, após enumerar diversas possibilidades de dípteros desempenharem a inoculação dessa moléstia em seu hospedeiro final, pontuou também a possibilidade de que, em países quentes, moscas domésticas desempenhassem um papel de vetor mecânico na transmissão de parasitos do gênero *Leishmania*.

No contexto brasileiro, devido às constatações de sua ampla disseminação em território nacional e a importância da definição de seu vetor para as ações de saúde pública, esses debates muitas vezes extrapolavam as arenas estritamente científicas para também serem retratados em jornais de grande circulação da Capital Federal. Como já abordado no capítulo anterior, a partir de 1912, com a fundação da SBD, as questões relacionadas às leishmanioses passaram a ter maior espaço em alguns jornais de grande circulação. Com tons alarmistas, diversas reportagens chamavam a atenção para o “perigo iminente” de uma epidemia de leishmaniose em todo território nacional e, em especial, no Rio de Janeiro. Muito preocupava os pesquisadores brasileiros não conhecer, ao certo, seu mecanismo de contágio, fazendo com que essa questão se tornasse pauta em diversas ocasiões, como em reuniões da SBD, relatórios científicos e situações de calamidades da saúde pública, que eram relatados por esses jornais da Capital Federal.

Ainda em finais de 1912, o periódico carioca *A NOITE* publicou uma extensa reportagem sobre leishmaniose. Dessa vez, não se tratava de reportar mais uma reunião da Sociedade Brasileira de Dermatologia e sim dissertar a respeito das internações de doentes acometidos por essa moléstia na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Na verdade, tratava-se de reportar uma visita do então ministro da justiça, Dr. Rivadávia Corrêa, às novas instalações desse hospital. Mais especificamente, o ministro iria conhecer a 19ª enfermaria e o

³³⁹ *Ibidem*, p. 388. Francês no original, tradução livre do autor.

³⁴⁰ *Ibidem*, p. 389.

novo laboratório, a cargo do Dr. Fernando Terra, que haviam sido construídos, com verbas de seu ministério, para tratar os doentes de leishmanioses.³⁴¹

Esses “melhoramentos”, introduzidos pelo ministro da justiça nesse hospital em finais de 1912, representavam, para o médico responsável por essa nova enfermaria, um grande avanço para o tratamento dessas úlceras. Pois, de acordo com Terra, a partir de então a Santa Casa poderia “fazer o exame microscópico e diagnosticar a leishmania”³⁴², responsável por uma doença que, ainda de acordo ele, era considerada doença “completamente nova”:

É verdade que ela existia, mas os casos, ao passo que iam aparecendo aqui, eram tratados uns como tuberculose, outros, como sífilis, outros ainda como dermatoses mal definidas etc. hoje graças aos melhoramentos introduzidos nesta casa, podemos fazer o exame microscópico e diagnosticar a leishmania, que é como se sabe um protozoário.³⁴³

Essa reportagem é muito elucidativa no tocante ao tratamento destinado a essas úlceras e a maneira pela qual essa moléstia era compreendida à época. Pois, observem, foi somente em dezembro de 1912, quando os debates sobre esse grupo de moléstias já estavam fervilhando em nível internacional, que o principal hospital da Capital Federal inaugurou uma enfermaria, obteve microscópios e o restante da aparelhagem de laboratório destinado ao diagnóstico parasitológico das *Leishmanias*. Como observado por Fernando Terra, até então, os casos prováveis dessa moléstia eram diagnosticados e tratados como manifestações dermatológicas decorrentes de doenças como a sífilis e a tuberculose.

Após essa reportagem, não demorou muito para que a leishmaniose e a Santa Casa voltassem a ocupar a primeira página desse mesmo periódico. Na verdade, se passaram exatamente 5 meses e 3 dias para que isso acontecesse. Em maio do ano seguinte, com uma matéria alarmante intitulada “A Santa Casa e a Saúde Pública – um apelo ao Sr. ministro da Justiça”, esse periódico relatava a superlotação da 19ª enfermaria, aquela inaugurada há poucos meses para atender os pacientes com leishmaniose. De acordo com o texto dessa reportagem, o hospital não estaria conseguindo suprir a demanda de pacientes de leishmaniose, “cujo número cresce diariamente”, com doentes que chegavam de vários pontos do país “já banidos de outros lugares” e “pelo contágio que se estabelece na sala onde se

³⁴¹ *A Noite*, O ministro da justiça na Santa Casa. Quadros horríveis. 26/12/1912, p.1.

³⁴² *Ibidem*.

³⁴³ *Ibidem*.

tratam os portadores de lesões ulcerosas”. Por isso, solicitavam ao Dr. Carlos Seidl³⁴⁴ providências no sentido de garantir o isolamento dos doentes de leishmaniose, “moléstia positivamente contagiosa”, em enfermaria especial do Hospital São Sebastião. Argumentavam que a Santa Casa não estaria conseguindo fornecer o tratamento adequado para os portadores dessas úlceras “porque não lhe o permite a escassez de espaço na enfermaria” e, por isso, estariam deixando a desejar em relação a sua profilaxia.³⁴⁵

É interessante perceber, pela análise desses artigos de jornais, que, a partir da instituição do exame parasitológico na Santa Casa, o número de pacientes diagnosticados com essa moléstia cresceu vertiginosamente no Rio de Janeiro, corroborando com os alertas que vinham sendo emitidos sobre os perigos de uma epidemia dessa moléstia pela SBD. Assim como no caso da lepra, muito discutida à época, especificamente se era transmitida pelo ar ou pela ação de um vetor³⁴⁶, o isolamento para os doentes de leishmaniose foi o caminho preferencial para seu tratamento nesse hospital. Contudo, a própria questão relacionada ao espaço físico destinado aos doentes dessa moléstia se tornava uma barreira para seu combate. Afinal, internar e isolar um doente não garantiria sua cura e a terapêutica utilizada até então, como medicamentos semelhantes aos usados contra a sífilis, não dava conta de realizar a rotatividade necessária para garantir o acolhimento médico a todos os necessitados.

Ainda em 1913, Carlos Chagas retornava de sua expedição médico-científica ao vale do Amazonas que, como abordado no capítulo 2 dessa dissertação, teve como principais produtos finais o *Relatório Medico-Científico sobre as Condições Epidemiológicas do Vale do Amazonas* e a palestra no Palácio Monroe. Respondendo aos apelos relacionados às pesquisas sobre o mecanismo de transmissão dessa moléstia, Chagas ponderou:

Fizemos algumas pesquisas destinadas ao esclarecimento do mecanismo de contágio da leishmaniose, sem qualquer resultado favorável. O meio epidêmico não é o mais propício para a verificação desse ponto, porquanto não existe na Amazônia centro de grande intensidade epidêmica, estando a

³⁴⁴ Carlos Pinto Seidl (1867 – 1929) foi um médico brasileiro, nascido no Pará e formado na FMRJ, em 1892, ocupou diversos cargos de diretoria, destacando-se a Diretoria Geral de Saúde Pública. Além disso foi membro da Sociedade de Higiene de Paris, do Circulo Médico Argentino, da da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, da Real Academia Hispano-Americana de Ciências e Artes de Cadiz, da Associação Internacional contra a Tuberculose de Berlim. Disponível em: http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=255. Acesso em: 05/07/2014.

³⁴⁵ A *NOITE*, A leishmaniose na Santa Casa e a Saúde Pública. Um apelo ao Sr. ministro da justiça. 29/05/1913, p.1.

³⁴⁶ Adolpho Lutz morreu defendendo que a lepra era transmitida por um mosquito hematófago. BENCHIMOL, J. & SÁ, M. *Adolpho Lutz: Febre amarela, malária e protozoologia. Op. cit.*, p. 158.

moléstia difundida por todas as regiões. Além de que, a abundância excepcional de hematófagos naquela região, todos eles sendo passíveis de exercer o papel transmissor, dificulta consideravelmente a orientação inicial para pesquisas visando esse objetivo.

Alguns observadores, baseados em fatos de observação, emitem a hipótese de ser o flebotomíneo o hematófago transmissor. Voltamos da Amazônia convencidos da improcedência desse pensar, porquanto justamente em regiões onde encontramos maior número de leishmaniósicos, não observamos um único exemplar de flebótomo, apesar de demoradas pesquisas. No rio Acre, por exemplo, na cidade de Empresa, foram numerosos os casos de leishmaniose verificados e aí, ou nas zonas vizinhas, não conseguimos encontrar o flebótomo. Justamente no rio Negro, onde menor número de leishmaniósicos observamos, foi onde mais abundaram, é verdade que sempre no interior das matas, os flebotomos.

Colhemos, como dado muito frequente, das informações dos doentes, ser o início da úlcera uma pequena saliência cutânea, que aumenta progressivamente de volume e se torna ulcerada. Muitos referem à picada de um inseto o aparecimento da afecção, não determinando fatos que possam orientar sobre a natureza provável de hematófago.

Os tabanídios abundam em todas as regiões da Amazônia e muitos deles atacam vorazmente o homem. Nas espécies mais abundantes e encontradas em todas as regiões fizemos demoradas pesquisas, infelizmente sem qualquer resultado apreciável³⁴⁷.

Nessa oportunidade, podemos perceber uma resposta de Carlos Chagas a Eduardo Rabello, tal como abordamos na página 61 do segundo capítulo, quando o cientista de Manguinhos ponderou que o meio epidêmico não era o cenário mais apropriado para a realização de pesquisas destinadas ao esclarecimento do mecanismo de transmissão dessa moléstia. Apesar de não obter sucesso na definição de seu vetor e/ou hospedeiro intermediário, Carlos Chagas advogava a ideia de ser transmitida por inseto hematófago e descartou a possibilidade do flebotomíneo exercer esse papel por não ter sido encontrado em áreas de grande disseminação dessa moléstia no Amazonas, ao contrário dos tabanídeos, abundantes em toda região percorrida por esse cientista.

Também em 1912, Arthur Neiva e Belisário Penna realizavam uma expedição científica cujo principal produto oficial foi o relatório intitulado “*Viagem científica pelo Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás*”. Publicado em 1916 no periódico *Memórias do IOC*, o texto é rico em descrições e informações sobre espécimes da fauna e da flora desses estados visitados e as respectivas moléstias encontradas

³⁴⁷ CRUZ, O. Relatório sobre as Condições Médico-Sanitárias do vale do Amazonas. *Op. Cit.*, p. 143.

em sua trajetória. Ao dissertarem sobre a leishmaniose, ao contrário de Carlos Chagas, ponderaram que:

Em todo o percurso, não verificamos um só caso, embora tivéssemos a nossa atenção especialmente voltada para o assunto, porquanto não encontramos o *Phlebotomus*, a cuja ausência ligávamos grande interesse, pois somos dos que creem na transmissão da moléstia por aquele díptero. De modo que, procurávamos verificar atentamente se a ausência do suposto transmissor se relacionava ou não com a leishmaniose. em todo o trajeto, só conseguimos capturar 3 exemplares de *Phlebotomus*. 1 num buritizal dos “gerais” bahianos e 2 nas matas próximas a cidade de Goiás. Soubemos contudo por informações de várias pessoas da existência da “ferida brava” no extremo norte de Goiás, de Pedro Afonso para o norte, onde as “tatuquiras”, nome vulgar dos flebotomos ali e na Amazônia, são muito abundantes.³⁴⁸

Divergindo de Carlos Chagas, Arthur Neiva³⁴⁹ defendia a hipótese da transmissão da leishmaniose pelos flebotomíneos. Quando não encontraram nem a doença nem o díptero durante o percurso de sua expedição, classificaram esse fato como “de grande interesse”. E, assim como acontecia em artigos estrangeiros, correlacionavam áreas endêmicas da doença com as desse díptero.

A problemática relacionada à questão do seu mecanismo de transmissão só começou a ser resolvida, de fato, a partir da década de 1920, quando Edmond Sergent em colaboração com seu irmão Étienne Sergent, e outros pesquisadores do Instituto Pasteur da Argélia realizaram experimentos destinados à comprovação da relação estabelecida entre os flebotomíneos e a transmissão do botão do Oriente para seres humanos. Para tanto, um de seus colaboradores, Louis Parrot³⁵⁰ foi enviado em duas expedições consecutivas às áreas endêmicas de leishmaniose cutânea, nas proximidades da cidade de Biskra, com o objetivo de

³⁴⁸ NEIVA, A. & PENNA, B. Viagem científica pelo Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do IOC*. 1916, p. 148 -149.

³⁴⁹ Arthur Neiva tinha um grande interesse pela entomologia médica e foi um dos principais correspondentes brasileiro da rede internacional de coleta de dípteros, organizada por cientistas ingleses. Por isso, acreditamos que as observações relacionadas a ausência de flebotomíneos pelos territórios percorridos por esta expedição, seja uma pauta de pesquisa de Neiva. Para maiores informações a respeito desta expedição. Cf.: Sá, D. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna. *Op. cit.*

³⁵⁰ Apesar de um longo levantamento bibliográfico, não foi possível encontrar maiores informações sobre esse médico.

capturar exemplares de flebotomíneos naturalmente infectados por parasitos do gênero *Leishmania* para as pesquisas no instituto ³⁵¹.

Entre 15 de julho e 18 de setembro de 1921, Parrot capturou 2.771 exemplares de flebotomíneos (*Phlebotomus papatasi*) em três diferentes territórios endêmicos ³⁵², e os enviou à Argélia, a cerca de 600 km de Biskra, em uma viagem que durava de 3 a 4 dias. Deste total, somente 559 exemplares sobreviveram ao transporte e puderam ser utilizados nos experimentos. Como os flebotomíneos “se recusavam a picar” as cobaias humanas, os pesquisadores do Instituto Pasteur da Argélia escolheram como metodologia, para comprovação dessa relação, triturar os flebotomíneos sobreviventes e os inocular na pele previamente escoriada, do antebraço esquerdo, de quatro voluntários ³⁵³.

2 meses e 24 dias após as inoculações, começou a aparecer uma úlcera típica do botão do Oriente em um desses voluntários. Exames parasitológicos identificaram corpúsculos de *Leishmania* em seu interior, o que demonstrava que essa úlcera se relacionava, de fato, à inoculação dos flebotomíneos triturados. Porém, no final de seu artigo, os próprios autores se perguntam: seria o patógeno um hospedeiro natural do seu intestino? Ou teria ele sido retirado de um reservatório externo? Por qual processo ele transmite a doença espontânea a seres humanos? E ponderam afirmando que essas questões ainda se encontravam em aberto. ³⁵⁴ Por fim, concluem, propondo modestamente que:

Em resumo, nos flebotomíneos, da espécie *P. Papatasi*, originários de países onde o botão do Oriente é endêmico, existe um vírus que dá ao homem uma leishmaniose cutânea semelhante, do ponto de vista clínico e parasitológico, ao botão do Oriente.

É então necessário então considerar o flebotomíneo como um vetor natural do vírus do botão do Oriente. ³⁵⁵

É interessante notar que nem os próprios pesquisadores que publicaram esse artigo estavam convencidos da exclusividade da transmissão da leishmaniose cutânea pelo flebotomíneo em questão. Isso ficou claro quando, em suas conclusões, afirmaram que seus

³⁵¹ DEDET, J. P. Histoire de la médecine. Les découvertes d'Edmond SERGENT sur la transmission vectorielle des agents de certaines maladies infectieuses humaines et animales. *Op. Cit.*, p. 149.

³⁵² Os territórios onde esses flebotomíneos foram capturados: Biskra, El-Outaya e El-kantara. SERGENT, E. *et all.* Transmission du clou de Biskra par Le phlébotome (*Phlebotomus papatasi* Scop.). *Comptes des Séances de l'Académie des Sciences*. Vol. 173. 1921, p. 1031.

³⁵³ *Ibidem*, p. 1031.

³⁵⁴ *Ibidem*, p. 1032.

³⁵⁵ *Ibidem*. Francês no original, tradução livre do autor.

experimentos somente demonstravam que os flebotomíneos capturados em zonas endêmicas de leishmaniose cutânea tinham um agente causal capaz de produzir lesões típicas do botão do Oriente em seres humanos, e por isso, essa espécie de flebotomíneo deveria ser considerada um vetor natural do botão do Oriente, nada mais.

Em 1922, o pesquisador Henrique Aragão do Instituto Oswaldo Cruz, guiado pelos experimentos realizados no Instituto Pasteur da Argélia no ano anterior, reproduziu uma experiência semelhante no Rio de Janeiro com outra espécie de flebotomíneo, o *Phebotomus intermedius*³⁵⁶. Com objetivo de provar que essa espécie de díptero era a responsável pela transmissão de leishmaniose, ao menos, no Rio de Janeiro, Aragão aproveitou um pequeno surto dessa doença registrado a partir de maio desse ano, nas localidades de Águas Ferreas, no bairro das Laranjeiras e “nas encostas das montanhas que desse bairro vão para o de Santa Tereza” para capturar exemplares dessa espécie de flebotomíneo para as suas pesquisas³⁵⁷.

Na verdade, de acordo com o registro desse pesquisador, dada à grande presença desses flebotomíneos na região em questão, todos seus moradores sabiam identificá-los e “se queixavam de suas picadas – incômodas e dolorosas”. Por isso, para capturá-los, Henrique Aragão solicitou a essas pessoas “que os apanhassem em suas casas e sempre que possível aqueles que picavam nas zonas inflamadas vizinhas das ulcerações.” Como resultado, este pesquisador conseguiu recolher “207 flebotomíneos em boas condições, sendo que alguns deles foi possível manter vivos no laboratório por 4 dias”.³⁵⁸

Substituindo os voluntários humanos por cachorros saudáveis, Henrique Aragão aplicou os flebotomíneos triturados nos focinhos e nas orelhas de dez cobaias. Desse total, sete morreram após a inoculação, em um variado período de tempo de até um mês e meio, “sem que destes algum tivesse adoecido”³⁵⁹. Porém, em um dos cachorros sobreviventes que havia sido inoculado em 28 de outubro de 1922 foi observado, em janeiro do ano seguinte, uma pequena reação em seu focinho, onde os flebotomíneos haviam sido inoculados. Ao

³⁵⁶ O *Flebotomus intermedius* foi uma das quatro primeiras espécies de flebotomíneos descritas no Brasil. Sua identificação é atribuída a Adolpho Lutz e a Arthur Neiva em 1912. Já em 1922, momento do experimento de Henrique Aragão, quinze espécies de flebotomíneos haviam sido descritas no Brasil. Atualmente são conhecidas 211 espécies de flebotomíneos em território nacional. O *Flebotomus intermedius* é atualmente denominado como *Lutzomyia intermedia*. DEDET, J. P. Histoire de la médecine. Les découvertes d'Edmond SERGENT sur la transmission vectorielle des agents de certaines maladies infectieuses humaines et animales. *Op. cit.*, p. 291.

³⁵⁷ ARAGÃO, H. de. Transmissão da leishmaniose no Brasil pelo *phlebotomus intermedius*. *Memórias do IOC*. Ano 36, vol. 1, 1922, P. 129. Para maiores informações sobre esse surto de leishmaniose no Rio de Janeiro em 1922, Cf: MAGALHÃES, R. *A leishmaniose tegumentar. Estudo do 1º foco ocorrido na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2001.

³⁵⁸ *Ibidem*.

³⁵⁹ *Ibidem*.

realizarem o primeiro exame parasitológico, contudo, nada encontraram. Após o nódulo ter aumentado, o exame foi repetido em 10 de fevereiro, com uma incisão mais profunda e, dessa vez, foram encontradas algumas “raras leishmanias absolutamente típicas”, comprovando a mesma relação estabelecida na Argélia no ano anterior e fazendo com que esse pesquisador de Manguinhos chegasse à conclusão de que seus estudos “dão provas seguras que entre nós o *Phlebotomus intermedius* Lutz e Neiva, é capaz de veicular a *Leishmania tropica* ³⁶⁰. Ainda, por último, assim como os pesquisadores do Instituto Pasteur da Argélia, Henrique Aragão ponderou que: “É de todo [modo] provável que outras espécies de phlebotomus existentes no Brasil também transmitam a leishmaniose. “Resta saber se outros insetos sugadores de sangue não poderão também transmitir a moléstia” ³⁶¹.

Em 1927, Henrique Aragão escreveu um novo e extenso artigo no periódico *Memórias do IOC*, aparentemente, apenas confirmando suas constatações da veiculação dessa moléstia pelos *Phlebotomus intermedius*. Nesta nova oportunidade, entretanto, o cientista de Manguinhos escreveu, em sua introdução que:

Motiva o presente estudo o desejo que temos de expor os estudos e observações que, há tempos, fizemos em um curioso foco de leishmaniose tegumentar que se formou em plena cidade do Rio de Janeiro em 1921, assim como as experiências empreendidas com o material colhido, visando especialmente esta, a verificação da transmissão da moléstia pelo *Psychodidius* hematófagos do gênero *Phlebotomus*. Sobre o assunto já publicamos em época anterior uma resumida nota (Brasil Médico 18-03-1922) que completamos agora com mais amplos detalhes.³⁶²

Ao longo do seu artigo, Henrique Aragão, de fato, reafirmou o papel dos flebotomídeos no mecanismo de contágio das leishmanioses, tentou rastrear os primeiros casos e justificar os motivos que levaram ao surto epidêmico “em plena cidade do Rio de Janeiro” em 1922. Descartou, por outro lado, a hipótese de flebotomídeos terem leishmanias como parasitos naturais de seu organismo e de haverem outros transmissores desse grupo de moléstias, como carrapatos e percevejos. Contudo, nas duas oportunidades que teve de classificar o agente patógeno da leishmaniose observada nesse foco do Rio de Janeiro,

³⁶⁰ *Ibidem*, p. 130. *Grifos meus*.

³⁶¹ *Ibidem*.

³⁶² *Idem*, Leishmaniose tegumentar e sua transmissão pelo phlebotomos. *Memórias do IOC*, ano 14, vol. 19, 1927, p.176.

percebe-se um dos reais motivos da escrita desse novo artigo. Primeiro, ao classificar as manifestações clínicas encontradas nesse foco do Rio de Janeiro, ponderou:

A grande maioria das lesões que apresentam os doentes do foco de leishmaniose em estudo era constituída por ulcerações comuns com o aspecto clássico das produzidas pela *Leishmania brasiliensis*.

Essas lesões eram únicas ou múltiplas e localizadas nos membros inferiores e superiores, no pescoço, na face e na cabeça, sendo muito ricas em parasitas que podiam ser facilmente reveladas pelo exame de frottis e cortes. Também foi possível obter, em um caso, culturas dos parasitas abundantes e típicas.³⁶³

Em seguida, repetindo toda a sequência de parágrafos finais do trabalho publicado em 1922, Henrique Aragão fez somente a seguinte substituição: ao invés de afirmar que os estudos por ele realizados “dão provas seguras que entre nós o *Phlebotomus intermedius* Lutz e Neiva, é capaz de veicular a *Leishmania tropica*”, afirmou dessa vez que os seus estudos “dão provas seguras que entre nós o *Phlebotomus intermedius* Lutz e Neiva é capaz de veicular a *Leishmania Brasiliensis* VIANNA³⁶⁴. Além disso, de acordo com o próprio autor, no intervalo de um trabalho para o outro, foram realizados uma série de experimentos na Universidade Hebraica de Jerusalém por Saul Adler e Oskar Theodor³⁶⁵ que, se não comprovaram totalmente a relação de exclusividade da veiculação das leishmanioses por essa família de dípteros, ao menos, “trouxeram um novo argumento a favor do papel dos flebotomíneos na transmissão da leishmaniose tegumentar e confirmam os resultados obtidos pelos SERGENT e seus colaboradores assim como o nosso a esse respeito”.³⁶⁶

Dessa forma, postulo que os dois principais motivos que levaram Henrique Aragão a produzir esse novo artigo de 1927 foram: as novas conclusões obtidas em Jerusalém por Adler e Theodor, em relação ao papel desempenhado pelos flebotomíneos na transmissão do botão do Oriente, e as questões relacionadas à classificação de seu agente etiológico, pois, se em 1922, Aragão postulava que o foco da doença no Rio de Janeiro se relacionava à presença da

³⁶³ *Ibidem*, p. 181.

³⁶⁴ *Ibidem*, p. 183.

³⁶⁵ Saul Adler (1895 – 1966) e Oskar Theodor (1898 - 1987), durante anos, conduziram uma série de experimentos que buscavam comprovar a exclusividade da transmissão das leishmanioses pelos flebotomíneos na Universidade Hebraica de Jerusalém. Contudo a prova cabal desta relação só seria obtida 20 anos após os experimentos dos irmãos Sergent, quando finalmente conseguiram “infectar cinco voluntário com 27 lesões de picadas de 26 flebotomíneos infectados experimentalmente e criados em laboratórios”. KILLICK-KENDRICK, R. Oriental sore: an ancient tropical disease and hazard for European travelers. *Op. cit.*, p. 5.

³⁶⁶ ARAGÃO, H. Leishmaniose tegumentar e sua transmissão pelo phlebotomos. *Op. cit.*, p. 183, 184.

L. tropica, em 1927 afirmou que havia encontrado lesões que apresentavam-se “com o aspecto clássico das produzidas pela *Leishmania brasiliensis*”, dando prova que, no Brasil, o flebotomíneo em questão era o responsável pela transmissão desse parasito do gênero *Leishmania*, diferenciado, na América do Sul.

A comprovação tácita da transmissão das leishmanioses por diferentes espécies de flebotomíneos só seria plenamente aceita pela comunidade científica internacional vinte anos depois dos estudos realizados pelos irmãos Sergent, a partir dos trabalhos realizados por Saul Adler, na década de 1940, também na Universidade Hebraica, de Jerusalém³⁶⁷. Já no Brasil, ainda na década de 1960, se discutia quais as espécies de flebotomíneos eram responsáveis pela transmissão da leishmaniose em territórios onde não existia a presença do *Phlebotomus intermedius*, como em Goiás, no planalto central brasileiro³⁶⁸.

Contudo, ainda atualmente as experiências realizadas pelos irmãos Sergent, na Argélia e por Henrique Aragão, no Brasil, são consideradas marcos significativos na trajetória de pesquisa e no desenvolvimento do conhecimento científico sobre esse grupo de moléstias, pois representaram avanços na resolução do seu modo de contágio, abrindo caminho para sua profilaxia, baseada no ataque ao vetor e possibilitando estudos sobre o ciclo de vida desse protozoário no interior desses dípteros.

Esses debates a respeito de formas clínicas, patógenos e hospedeiros intermediários diferenciados das leishmanioses na região sul-americana demonstraram as correlações de pesquisas estabelecidas entre os pesquisadores da Europa e da América do Sul na produção de conhecimento científico da medicina tropical, e, mais especificamente, na resolução de parte da problemática relacionada a esse grupo de moléstias. Contudo, não se trata aqui de negar a disparidade de condições para o desenvolvimento da ciência entre os diferentes lugares do globo terrestre, mas sim de demonstrar como os cientistas residentes no continente sul-americano se empenhavam em produzir um conhecimento científico em diálogo e ratificado pelos principais centros produtores de conhecimento europeus.

³⁶⁷ KILLICK-KENDRICK, R. Oriental sore: an ancient tropical disease and hazard for European travelers. *Op. cit.*, p. 5.

³⁶⁸ BARBOSA, W.; REIS e SILVA, M.; BORGES, P. C. Informe preliminar sobre a leishmaniose tegumentar americana em Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 11 n. 1 e 2, 1965.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação tive como objetivo retratar o longo debate médico a respeito das diferentes manifestações patogênicas agrupadas sob a denominação de leishmanioses. Neste processo, contribuíram personagens de diferentes nacionalidades, que, de alguma forma, mantiveram contatos com as regiões tropicais do globo terrestre e que, em algum momento, interessaram-se em estudá-las. Apesar de serem consideradas doenças antigas, é somente a partir do início do século XX que se pode falar em leishmanioses. Como demonstrei ao longo deste trabalho, foi só em 1906 que as distintas manifestações conhecidas como botão do Oriente e calazar tiveram suas relações de identidade estabelecidas e se tornaram um só grupo de doenças devido à semelhança observada entre seus patógenos.

A partir da década de 1910, quando já era consenso médico que essas duas moléstias eram ocasionadas por patógenos morfológicamente idênticos, e os pesquisadores interessados em suas problemáticas buscavam entender os motivos pelos estes protozoários produziam doenças severamente distintas, começaram a aparecer novos relatos sul-americanos sobre distintas manifestações de leishmanioses encontradas em determinadas regiões deste continente. E, assim como nos demais casos, ao estudar os patógenos encontrados nestas ocasiões também não encontravam diferenças morfológicas quando comparadas aos demais protozoários do gênero *Leishmania*.

Contudo, as diferentes manifestações cutâneas, mucosas e mucocutâneas presentes na região americana apresentavam características e cursos clínicos completamente distintos daqueles conhecidos na Europa, na África e na Ásia. Por isso, um grupo de pesquisadores passou a advogar a necessidade de particularizá-las, sobretudo, em seus aspectos clínicos. Ou seja, esse grupo de médicos defendia que, assim como era a doença que servia de elemento distintivo dos patógenos da leishmaniose cutânea e da leishmaniose visceral, também pela doença, dever-se-ia, reconhecer, ao menos, um protozoário diferenciado, responsável pelas manifestações mórbidas, encontradas no continente americano, por eles denominada como Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA).

No entanto, apesar destas diferentes manifestações, a constatação da existência de agentes causais semelhantes fazia com que essa ideia de particularização de leishmanioses próprias da América do Sul nunca fosse uma opinião unânime entre os diferentes participantes desse debate. Existia outro grupo de médicos que defendia a teoria unitária das leishmanioses

atribuindo esses diferentes quadros clínicos a questões como a peculiaridade do clima, do ambiente e de seus vetores na região americana, ou ainda a questões de autoinoculações.

Nesse debate que envolveu pesquisadores sul-americanos e europeus, os primeiros levavam vantagens nos processos de observações das manifestações mórbidas, uma vez em que residiam e/ou trabalhavam em zonas endêmicas de leishmanioses. Condição que abria possibilidades de desenvolvimento de trabalhos originais sobre essas manifestações, que, ao mesmo tempo em que eram particularizadas desse continente, apresentavam questões de pesquisa semelhantes àquelas que já vinham sendo discutidas por médicos e instituições europeias, ocupados em fazer frente aos empreendimentos imperialistas em regiões tropicais da Ásia e da África.

Na América do Sul, a região amazônica foi, sem dúvida, o principal laboratório a céu aberto para o estudo e a compreensão das leishmanioses presentes nesse continente. Não é a toa que, durante o período abordado por este trabalho, grande parte da construção de conhecimento sobre essas diferentes manifestações patógenas tenha sido produzida e/ou validada nessa região. Sua localização nos trópicos, seu clima e a variedade de espécies que compunham sua fauna e sua flora, levavam pesquisadores de diferentes nacionalidades a considerá-la como um território de importância singular para o entendimento de manifestações mórbidas, sobretudo, daquelas em que, no ciclo de vida de seu patógeno, havia participação de um vetor e/ou hospedeiro intermediário.

Quando Carlos Chagas comandou sua expedição médico-científica ao vale do Amazonas, havia três anos que a existência da leishmaniose tinha sido parasitologicamente confirmada no Brasil e cinco anos desde que o calazar e o botão do Oriente foram associados a patógenos desse gênero. O tratamento por tártaro emético, proposto por Gaspar Vianna, teve um papel fundamental no processo de dar visibilidade à extensão do problema representado por essas manifestações patógenas, uma vez que, a partir de então, passava a existir possibilidades reais para o enfrentamento desse problema sanitário, que, apesar de seu baixo grau de mortalidade, passava a ser visto como um desafio de saúde pública por provocar o isolamento do enfermo de sua vida social e invalidá-lo para as atividades laborais e produtivas.

Alfredo Da Matta, com a vantagem de residir e trabalhar no estado do Amazonas, produziu uma considerável quantidade de artigos científicos sobre as leishmanioses, ao longo

da década de 1910, que foram publicados em periódicos regionais, nacionais e estrangeiros. Destaquei, na pesquisa, aqueles veiculados pelo *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, que, para além da visibilidade internacional auferida aos trabalhos científicos publicados, contava com Alphonse Laveran como seu editor-chefe e, por conseguinte, permitia a Da Matta um diálogo direto com esse pesquisador francês.

Também merecem destaque os trabalhos produzidos por Edmund Escomel sobre a *espunja*, na região da Amazônia peruana. É através de seus relatos preliminares e do envio de materiais do Peru à França, que Laveran passou a se interessar e desenvolver pesquisas a respeito das manifestações americanas de leishmanioses. Chegou, inclusive, a reclamar para si e para o Nattan-Larrier o mérito pela identificação e descrição da *L. tropica var. americana*, como o agente causal da leishmaniose na região americana, muito próximo ao do botão do Oriente.

Apesar do debate aqui retratado ser inconclusivo, é através dos processos analisados nesta dissertação que as leishmanioses vieram a se somar a um campo de estudo que pensava a medicina tropical como instrumento de redenção das mazelas nacionais, representadas pelas doenças do Brasil. Dessa maneira, esse grupo de moléstias passava a se somar a doenças como a malária, a febre amarela, a doença de Chagas e a esquistossomose, que eram consideradas empecilhos ao progresso da nação. Apesar da constante ausência de um sinal distintivo entre os agentes patógenos, a partir do final da década de 1920, com a identificação de diferentes flebotomíneos como seus vetores e hospedeiros intermediários, o grupo de pesquisadores, que defendia a particularização das manifestações no continente americano, ganhou mais força, mas mesmo assim, nunca conseguiu ser unânime em seus argumentos.

No Brasil, a partir da década de 1930, a *Leishmania braziliensis* passou a ser associada a todas as manifestações patogênicas de leishmanioses existentes no país, com exceção das viscerais. Na década de 1970, o quadro mudou a partir de novas técnicas baseadas na microscopia eletrônica e em estudos ecológicos e epidemiológicos foram identificadas seis diferentes espécies de *Leishmania* no país. Ampliava-se, dessa forma, a agenda das pesquisas sobre esse grupo de moléstias no país.

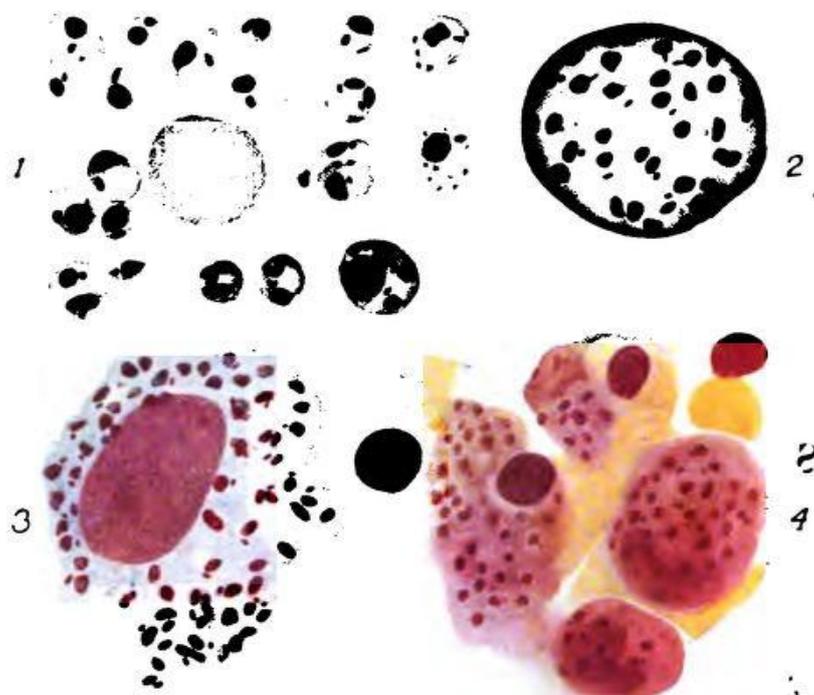
Devido à complexidade de suas manifestações mórbidas, dos ciclos de vida de seus patógenos e da multiplicidade de subfamílias de flebotomíneos que agem como seus hospedeiros intermediários e vetores, os debates sobre as diferentes formas de leishmanioses e

leishmanias ao redor do globo terrestre ainda não se encerrou. Em congressos internacionais, pesquisadores, que mantêm relações com áreas tropicais e endêmicas de leishmanioses discutem, ainda hoje, desde questões envolvendo as biológicas genéticas e moleculares até relações de causalidades estabelecidas entre patógenos e manifestações mórbidas.

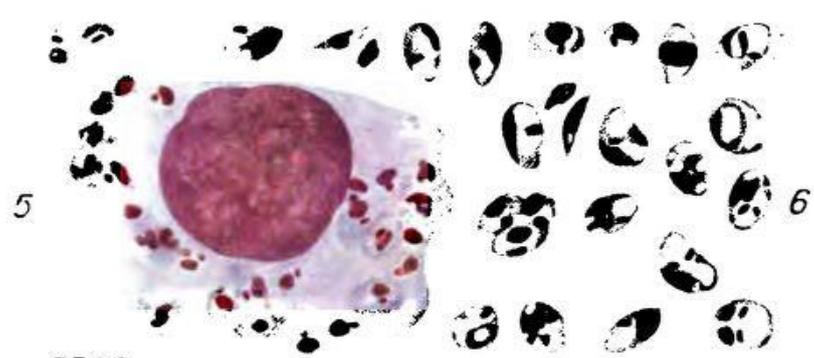
Contudo, grande parte dos pesquisadores interessados na problemática representada por esse grupo de doenças ainda é partidária da ideia de espécies neotropicais de leishmanias, presentes, predominantemente, no continente americano. Entre as quais se encontra a *Leishmania braziliensis*, que ainda é considerada uma das mais importantes espécies de protozoários do gênero *Leishmania* e responsável pela existência dessas manifestações patogênicas na América do Sul.

Desta forma, podemos considerar que os partidários da proposta de individualização de leishmanioses e leishmanias no continente sul-americano foram, até certo ponto, vencedores destes embates, conseguindo perpetuar suas ideias e proposições. É ainda necessário destacar que, apesar desse grupo ser formado por diferentes pesquisadores europeus e sul-americanos, as proposições de um agente patógeno diferenciado, denominado *Leishmania braziliensis*, e do termo tegumentar, para designar a doença por ele ocasionada, foram proposições, inicialmente, exclusivas de cientistas brasileiros, demonstrando a participação ativa desses personagens na construção de conhecimento sobre esse grupo de moléstias.

Esta dissertação de mestrado teve por objetivo contribuir para um campo de estudos que busca pensar a história da medicina tropical no Brasil. Procurei demonstrar que as pesquisas relacionadas às leishmanias e leishmanioses desempenharam papéis fundamentais tanto nos processos de recepção e institucionalização quanto no desenvolvimento e na trajetória de pesquisas deste campo de atuação, ensino e pesquisa no país, reforçando as ideias de uma participação ativa e do comprometimento destes personagens médicos na resolução dos problemas sanitários da nação, no início do século XX.



KALA-AZAR.



TERZI.—

ORIENTAL SORE.

PARASITE OF KALA-AZAR

1, free forms from the spleen; 2 and 3, in the endothelial cells; 4, in the liver.

PARASITE OF ORIENTAL SORE.

5, in endothelial cell; 6, free forms.

ANEXO II – Tabela taxonômica de Alfredo da Matta publicadas no *BSPE*, em 1916.

Leishmanioses	Tégumentaires.	Cutanées	non ulcéreuses	Nodules de Leishman	<i>Leishmania nitotica</i> Brumpt, 1913.	
				ulcéreuses	Éponge, plaie spongieuse, plaie méchante (pro parte). Durée : 5, 10, 15 ans Pro- nostic grave. Fréquente dans l'Amazone (N. Brésil).	<i>L. brasiliensis</i> .
					Bouton d'Orient (caractérisé par sa marche cyclique ; bouton, ulcération, cicatrisation).	<i>L. furunculosa</i> Firth 1891 (<i>Sporozoa fu- runculosa</i> 1891 ; <i>Helcosoma tropi- cum</i> Wright 1903 ; <i>Ovoplasma orien- tale</i> Marzinowsky et Bogrow 1904).
		Cutanéomuqueuses.	ulcéreuses	Ulçère de Avandava, ulçère de Baura, ulçère du Nord-Ouest, ulçère de Ba- hia, ulçère de l'Amazone, bouton de Bahia et <i>ferida brava</i> (plaie méchante) (pro parte), au Brésil ; uta, kjapa, tiacarana, juccuya qcepo llaga, ulçère de Torreabla, dans la Bolivie, au Pérou, en Colombie ; pian-bois (pro parte), dans la Guyane française ; <i>fo- rest yaws</i> dans la Guyane anglaise ; <i>bossie yassi</i> et <i>boshyaws</i> dans la Guyane hollandaise ; <i>ear ulcer of the chicleros</i> (Mexique).	<i>L. brasiliensis</i> Gas- par Vianna 1911 ; <i>L. tropica</i> var. <i>americana</i> Lave- ran et Nattan-Lar- rier 1912 ; <i>L. furunculosa</i> (pro parte).	
				<i>Cancro espadico</i> de Escomel (Laveran et Nattan-Lar- rier) ; <i>Leishmaniose cance- rosa</i> (Alfr. da Matta) ; Leishmaniose cavitaire ; <i>gallico</i> ; cancer phagédé- nique ; <i>espadia</i> (Escomel).	<i>L. brasiliensis</i> .	
				Viscérales	Kala-azar, leishmaniose tropicale, fièvre dum dum, splénomégalie tropicale.	<i>L. Donovanii</i> Laveran et Mesnil 1903.
Kala-azar infantile, splénomégalie infantile, leishmaniose splénique infantile.	<i>L. infantum</i> Ch. Ni- colle 1908.					

FONTES PRIMÁRIAS:

- Periódicos científicos:

ARAGÃO, H. Leishmaniose tegumentar e sua transmissão pelo phlebotomos. *Memórias do IOC*, ano 14, vol. 19, 1927.

_____. Transmissão da leishmaniose no Brasil pelo phlebotomus intermedius. *Memórias do IOC*. Ano 36, vol. 1, 1922.

As úlceras de Bauru. *Revista Médica de São Paulo*. n. 6, 1909.

BARBOSA, W.; REIS, SILVA, M. & BORGES, P. C. Informe preliminar sobre a leishmaniose tegumentar americana em Goiás. *Revista Goiana de Medicina*, vol. 11 n. 1 e 2, 1965.

BRUMPT, E. & PEDROSO, A. Recherches épidémiologiques sur la leishmaniose forestière américaine de l'État de São Paulo (Brésil). *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 6, n.10, 1913

CARINI, A. Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée, *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 4, n.5, 1911

CARINI, A. & PARANHOS. U. Identificação das úlceras de Bauru ao Botão do Oriente. *Revista Médica de São Paulo*. N. 6, 1909

_____. Identification de l'“Ulcera de Bauru” avec le bouton d'Orient. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 2, n. 5, 1909.

CHAGAS, C. Notas sobre a epidemiologia do Vale do Amazonas. In: Cruz, O.; Chagas, C.s; Peixoto, A. *Sobre o saneamento da Amazônia*. Manaus: Philippe Daou, 1972.

DA MATTA, A. Edmund Escomel. *Amazonas Médico*, Manaus, Amazonas, n. 13 – 16,1922.

_____. Tableau synoptique de la classification des leishmanioses. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 9, n.10, 1916

_____. Sur les leishmanioses tégumentaires. Classification générale des leishmanioses. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 9, n.7, 1916.

_____. Leishmaniose trópica – (Nota clínica do primeiro caso observado em Manaus). *Revista Médica de São Paulo*, n. 7, 1910.

ESCOMEL, E. Contribution à l'étude de la leishmaniose américaine (Laveran et Nattan-LARRIER). *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 9, n.4, 1916

_____. La espundia. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 4, n.7, 1911.

FIRTH, R. H. "Notes on the Appearance of Certain Sporozooid Bodies in the Protoplasm of a 'Oriental Sore'". *British Medical Journal*, janeiro, 10, 1891.

FRANCHINI, G. Sur un cas de leishmaniose américaine, *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 6, n. 3, 1913.

LA CAVA, F. De la leishmaniose des muqueuses et de la première découverte de la *Leishmania tropica* flagellée dans le corps humain. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 5, n.10, 1912

LAVERAN, A. *Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d'Orient, Leishmaniose Americaine*. Manson et Cie. Ed. Paris, França, 1917.

_____. Leishmaniose américaine de la peau et des muqueuses. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 8, n. 6, 1915.

_____. Discours d'ouverture. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. n. 1, vol. 1, Paris, França, 1908.

LAVERAN, A. & NATTAN-LARRIER. L. Contribution à l'étude de la espundia. (Deuxième note). *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 5, n.6, 1912.

_____. L. Contribution à l'étude de la espundia. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 5, n.3, 1912.

LINDENBERG, A. L'Ulcère de Bauru ou le bouton d'Orient au Brésil. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, 1909, vol. 2, n. 5,

_____. A úlcera de Bauru e seu micróbio. Comunicação preventiva. *Revista Médica de São Paulo*. N. 6, 1909.

MANSON, P. *Tropical Diseases – A manual of the diseases of Warm Climates*. 1. Ed. Londres, 1898

_____. *Tropical Diseases – A manual of the diseases of Warm Climates*. 3. Ed. Londres, 1910

_____. *Tropical Diseases – A manual of diseases of Warm Climates*. 5. Ed. Londres, 1914.

_____. *Tropical Diseases – A manual of diseases of Warm Climates*. 6. Ed. Londres, 1918.

MIGONE, L. Memoires. La boubu du Paraguay, leishmaniose américaine. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 6, n.3, 1913

MOREIRA, J. Distribuição geográfica do botão endêmico dos países quentes. *Gazeta Médica da Bahia*, 1895.

_____. Existe na Bahia o botão de Biskra?: estudo clínico. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v.26, 1895.

_____. Le bouton endémique des pays chauds observé à Bahia. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, Paris, n. 10, 1895.

NEIVA, A. & PENNA, B. Viagem científica pelo Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do IOC*. 1916.

RAO, C. Leishmaniose ulcerosa no Amazonas. *Revista Médica de São Paulo*, n. 7, 1910

ROMANOWSKY, D. A Rapid Method for Differential Staining of Blood Films and Malarial Parasites. *The Journal of Medical Research*, Boston, 1902.

SERGENT, E. *et all.* Transmission du clou de Biskra par Le phlébotome (*Phlebotomus papatasi* Scop.). *Comptes des Séances de l'Académie des Sciences*. Vol. 173. 1921.

SILVA, P. La leishmaniose cutanée a Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*. Bahia, Brasil, vol. 44, n. 9, 1913, p. 384.

TERRA, F. *Leishmaniose tégumentaire au Brésil*. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, vol. 2, 1913.

VIANNA, G. Parasitismo da célula muscular lisa pela <*Leishmania Braziliensis*>. *Memórias do IOC*, 1914.

_____. Tratamento da leishmaniose pelo tártaro emético. Comunicação ao 7º Congresso brasileiro de Medicina e Cirurgia. Belo Horizonte. Minas Gerais, 1912.

_____. Sobre uma nova espécie de leishmania. *Brazil Médico*, Ano 25, Rio de Janeiro, 1911.

WENYON, C. Report of six months work of the expedition to Bagdad on the subject of oriental sore. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. vol. 71, 1911.

WRIGHT, J. Protozoa in a case of tropical ulcer ("Delhi sore"). *The Journal of Medical Research*, Boston, 1903.

- Relatórios científicos:

BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comercio. *Relatório ministerial Agricultura, Indústria e Comércio*. Rio de Janeiro. 1911-1912.

CRUZ, O. Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas. In: CRUZ, O.; CHAGAS, C.; PEIXOTO, A. *Sobre o saneamento da Amazônia*. Manaus: Philippe Daou, 1972, p.79.

CUNNINGHAM, D. *On the presence of peculiar parasitic organisms in the tissue of a specimen of Delhi boil*. Calcutta, Printed by the superintendent of government printing, India, 1885.

FOX, W. & FARQUAR, T. *On certain endemic skin and other diseases of India*. Londres, 1876

RUSSELL, A. *The Natural History of Aleppo and parts*. Londres, 1756. Capítulo IV. *Mal of Aleppo*.

- Documentos oficiais:

BRASIL. Ministério da Saúde. “Coeficiente de Detecção de Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por 100.000 habitantes. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federativas. 1990 a 2011”, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. *Manual de vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana – 2ª ed.* – Brasília: Ed. Do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. *Relatório ministerial Agricultura, Indústria e Comércio.* Rio de Janeiro. 1911-1912.

OMS. “Trabalhando para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas - Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas”. Disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44440> acessado em 09/05/213.

- Jornais:

Gazeta de Notícias:

Os Milagres da Sciencia- O Saneamento do Valle do Amazonas. O Dr. Carlos Chagas descobre uma nova doença e o meio de cural-a. 23/11/1912.

A Noite:

A leishmaniose na Santa Casa- um appello ao Sr. Ministro da justiça. Pág.1 29/05/1913

A “leishmaniose” prende a atenção da Sociedade de Dermatologia. Pág. 2. 28/05/1913

O Instituto Oswaldo Cruz cobre-se de novas glórias - O Dr. Carlos Chagas descobre nova entidade mórbida. 20/05/1913.

A Expedição científica ao <inferno verde> Nova moléstia? O Instituto Oswaldo Cruz analisará os resultados obtidos. 25/04/1913.

O ministro da justiça na Santa Casa. Quadros horríveis. 26/12/1912

Estamos ameaçados de uma epidemia de leishmaniose – A Sociedade Brasileira de Dermatologia discute o assunto. 02/10/1912

O Sério perigo da leishmaniose. 01/11/1912

O dr. Carlos Chagas recebe premio Schaudinn de protozoologia – entre os concorrentes estavam Ehrlich, Roux, Laveran e outras celebridades mundiais”. 26/6/1912.

- A Imprensa

Como se morre no Amazonas. 18/10/1913.

O Paiz:

Guerras às moscas e às baratas. 27/11/1913.

Leishmaniose tegumentária. 10/06/1913

A conferência do Dr. Carlos Chagas na exposição de borracha. 25/10/1913.

Sociedade de Dermatologia. 29/07/1913

Uma epidemia que ameaça – na academia de medicina – importantes comunicações dos professores Terra e Rabello. 01/11/1912

Correio da Manhã:

Os nossos médicos falam sobre a leishmaniose – o Professor Terra faz uma importante comunicação. Pág. 7. 01/11/1913.

O Dr. Carlos Chagas realiza uma conferência sobre as condições médico-sanitárias do Valle do rio Amazonas. Pág. 6. 18/10/1913.

A sociedade dermatológica reuniu-se hoje – o Professor Terra diz que é preciso chamar a atenção dos poderes públicos para uma nova lepra, a propagar-se entre nós. 02/10/1913

Echos do VII Congresso Médico – A conferência do Dr. Carlos Chagas a as sessões da Sociedade Brasileira de Dermatologia deram a nota mais brilhante naquelle certamen científico. 29/04/1912

Folha do Amazonas:

A Leshimania tropica - Importante verificação da Comissão <Oswaldo Cruz> 24/08/1912

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALBUQUERQUE, M. de. & MACIEL, L. *Resenha histórica das pesquisas em Leishmaniose (do início do século à década de 1930) – A contribuição do Instituto Oswaldo Cruz.* IOC/COC, 2005.

ARNOLD, D. Diseases, medicine and Empire, In: ARNOLD, D. (org.) *Imperial medicina and indigenous societies.* Manchester, New York. Manchester University Press, pp. 1393 – 1416, 1996.

BASANO, S. & CAMARGO, L. M. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* Vol. 7 n. 3, 2004.

BENCHIMOL, J. Febre amarela e a instituição da microbiologia no Brasil. In: HOCHMAN, G., ARMUS, D. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.* Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2004.

_____. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, J. & DELGADO, L. *O Brasil republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. A institucionalização da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, 2000.

_____. Dos micróbios aos mosquitos: a febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro. UFRJ, 1999.

_____. *Do Pasteur dos micróbios ao Pasteur dos mosquitos. Febre amarela no Rio de Janeiro.* Tese de Doutorado, PPGH/UFF, Niterói, Rio de Janeiro, 1995.

_____. Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. *História, Ciência-Manguinhos.* Rio de Janeiro, vol. 2, n. 1, pp. 67 – 98, 1995.

BENCHIMOL, J. & SÁ, M. *Adolpho Lutz: Febre amarela, malária e protozoologia.* Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005.

_____. Adolpho Lutz e a História da Medicina Tropical no Brasil: o resgate da obra de um grande cientista. Niterói. Revista *Insight Inteligencia*, out-nov, 2003.

_____. Adolpho Lutz: Sumário-Glosário-Índices. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2004

BENCHIMOL, J. & SILVA, A. “Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.15, n.3, pp. 719 – 762, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. *Manual de vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana* – 2 ed. – Brasília: Ed. Do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Fundação Nacional de Saúde. 5 ed. Brasília. FUNASA, 2002.

CAPONI, S. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, pp. 113 – 149, 2003.

_____. Trópicos, micróbios y vectores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, (sup), pp. 111 – 138, 2002.

CARRARA, S. *Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

CRAMPTON, R. *A concise history of Bulgaria*. Cambridge University Press, Reino Unido, 2007.

DEAN, W. A luta pela borracha no Brasil: um estudo de história ecológica. São Paulo, Nobel, 1989.

DEDET, J. P. Histoire de la médecine. Les découvertes d’Edmond SERGENT sur la transmission vectorielle des agents de certaines maladies infectieuses humaines et animales. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. Vol. 100, n. 2. 2007.

DIAS, E. A ilusão do fausto – Manaus 1890 – 1920, Valer, 2007.

EDLER, F. *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitos e patologia tropical*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.

FALCÃO, E. *Gaspar Vianna. Sua vida e sua obra*. 1962.

- FARLEY, J. Parasites and the germ theory of disease. In: ROSEMBERG, C. & GOLDEN, J. *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Jersey. Rutgers University Press, 1992.
- GELPI, A. Alexander Russel and the Aleppo Ulcer. *Internacional Journal of Dermatology*. Vol. 26, n. 2, 1987
- GUALANDI, F. Medicina tropical no Brasil: Evandro Chagas e o estudo sobre a leishmaniose visceral americana década de 1930. Dissertação (mestrado em história das ciências e da saúde). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2013.
- HART, D. The scientific Proceedings of “Leishmaniasis: The First Centenary 1885 – 1985” Held at The Royal Army Medical College, 9 th November, 1985. *J. R. Army Med. Corps*, n. 132, 1985.
- HOARE, C. Early discoveries regarding the parasite of oriental sore. 1938 *apud* SOUSA, A. *Leishmaniose cutânea no Ceará: aspectos históricos, clínicos e evolução terapêutica*. Tese de doutorado. PPGF/UFC. Fortaleza, 2009.
- HOCHMAN, G. A Era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo, Hucitec, 2012.
- FLECK, L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte, Fabrefactum, 2010.
- ISAAC, J. D D Cunningham and the Aetiology of Cholery in British India, 1869 – 1897. *Medical History*. Vol. 42, 1998, p. 279, 280.
- JACOBINA, R. & GELMAN, E. Juliano Moreira e a Gazeta Medica da Bahia. *História ciência saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol.15, n.4, pp. 1077 – 1097, 2008.
- JACOBSON, R. Leishmania Tropica (Kinetoplastida: Trypanosomatidae) – a perplexing parasite. *Folia parasitológica*, n. 50, 2003.
- KILLICK-KENDRICK, R. Oriental sore: an ancient tropical disease and hazard for European travelers. *Wellcome History*. Vol. 43, pp. 4 – 5, 2010.
- KROPF, S. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2009
- KUHN, T. *A Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1995.

LIMA, N. T. *Um sertão chamado Brasil*. Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro. Editora Iuperj/Revan, 1999.

_____. *Um sertão chamado Brasil*. Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. 2ª Ed. Hucitec editora, 2013.

LIMA, N. T. & BOTELHO, A. Malária como doença e perspectiva cultural nas viagens de Carlos Chagas e Mário de Andrade à Amazônia. *História ciência, saúde-Manguinhos*. vol.20, n.3, pp. 745 – 763, 2013.

LIMA, N. T. & HOCHMAN, G. ‘Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil redescoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República’ In MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro, Fiocruz/Centro Cultural do Banco do Brasil, 1996.

LOWY, I. A febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006.

SILVA, M. O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo 1891 a 1933. Tese (doutorado). PPGHS/USP, São Paulo, 2003.

MAGALHÃES, R. *A leishmaniose tegumentar. Estudo do 1º foco ocorrido na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2001.

PESSOA, S. *Parasitologia Médica*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1967.

RABELLO, E. Contribuições ao estudo da leishmaniose tegumentar no Brasil. I. Histórico e Sinonímia. *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*. 1925.

ROLLESTON, H. & POWER, H. Leishman, Sir, Willian Boog (1865 – 1926), bacteriologist and pathologist. Oxford, *Oxford Dictionary of National Biography*, 2004. Disponível em: <http://www.oxforddnb.com/view/printable/34488>. Acesso: 26/05/2014.

SÁ, D. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 16, pp. 183 – 203, 2009.

SÁ, M. Os estudos em malária aviária e o Brasil no contexto científico internacional (1907-1945). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, pp. 499 – 518, 2011.

SCHWEICKARDT, J. C. *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890 – 1930)*. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, COC/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

_____. *Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890 – 1930)*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012.

SCHWEICKARDT, J. & LIMA, N. T. “Do "inferno florido" à esperança do saneamento: ciência, natureza e saúde no estado do Amazonas durante a Primeira República (1890-1930).” *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.* vol.5, n.2, 2010.

_____. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910 – 1913). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 14, suplemento, pp. 15 – 50, 2007.

SILVA, L. J. “Vianna and the discovery of *Leishmania braziliensis*: the role of Brazilian parasitologists in identification of Bauru’s ulcer as American leishmaniasis.” *Parasitologia*. n. 47, 2005.

SOUSA, A. *Leishmaniose cutânea no Ceará: aspectos históricos, clínicos e evolução terapêutica*. Tese de doutorado. PPGF/UFC. Fortaleza, 2009.

STEPAN, N. “The new tropical pathology”, *Picturing tropical nature*. Ithaca: Cornell University Press, 2001.

_____. *Gênese e evolução da ciência brasileira. Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Artenova. Rio de Janeiro. 1976.

TEIXEIRA, L. A. *Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903 – 1916*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

VALE, E. C. & FURTADO, T. Leishmaniose tegumentar no Brasil: revisão histórica da origem, expansão e etiologia. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. vol. 80, n. 4, 2005.

WEINSTEIN, B. *A Borracha na Amazônia: Expansão e decadência (1850 – 1920)*. São Paulo, USP, 1993.

WILKINSON, L. & POWER, H. The London and Liverpool School of Tropical Medicine 1898 – 1998. *British Medical Bulletin*, 54, n. 2, 1998.

WORBOYS, M. Germs, Malária and the Invention of mansonian Tropical Medicine: From “Diseases in the Tropics to “Tropical Diseases”. In: ARNOLD, D. (org.) *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500 – 1900*. Amsterdã/Atlanta, Rodpi, 1996.