

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**GIULIA ENGEL ACCORSI**

**ENTRE A MOLÉSTIA E A CURA: A EXPERIÊNCIA DA  
MALARIOTERAPIA PELOS PSQUIATRAS DO RIO DE  
JANEIRO (1924-1956)**

**Rio de Janeiro**  
**2015**

**GIULIA ENGEL ACCORSI**

**ENTRE A MOLÉSTIA E A CURA: A EXPERIÊNCIA DA MALARIOTERAPIA  
PELOS PSIQUIATRAS DO RIO DE JANEIRO (1924-1956)**

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.<sup>a</sup> Dra. Magali Romero Sá

Coorientador: Dr. André Felipe Cândido da Silva

Rio de Janeiro  
2015

**GIULIA ENGEL ACCORSI**

**ENTRE A MOLÉSTIA E A CURA: A EXPERIÊNCIA DA MALARIOTERAPIA  
PELOS PSQUIATRAS DO RIO DE JANEIRO (1924-1956)**

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/Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Magali Romero Sá  
(Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz) – Orientadora

---

Dr. André Felipe Cândido da Silva  
(Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz) - Coorientador

---

Dr. Marcos Castro Carvalho  
(Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional – UFRJ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiana Facchinetti  
(Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

**SUPLENTES**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Petraglia Kropf  
(Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Karoline Carula  
(Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UERJ)

Rio de Janeiro  
2015

A172e Accorsi, Giulia Engel

Entre a moléstia e a cura: a experiência da malarioterapia pelos psiquiatras do Rio de Janeiro (1924-1956) / Giulia Engel Accorsi. – Rio de Janeiro: s.n., 2015.

177 f.

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

1. Malarioterapia. 2. Paralisia Geral. 3. Psiquiatria - História. 4. Instituições de Saúde. 5. Rio de Janeiro.

CDD 616.936206

Para minha mãe, com quem somente esta semelhança é mera coincidência.  
Para Vitor, “sorte grande de uma vez na vida”.

## AGRADECIMENTOS

Definitivamente, decidir mudar de área não foi fácil, e trocar a biologia pela história parecia ser mais complicado ainda. Lembro como se fosse ontem, quando a minha orientadora, a professora Magali Romero Sá, entrou na sala do DEPEs da Casa de Oswaldo Cruz perguntando se eu me interessaria em estudar a história de uma técnica, desenvolvida por um médico austríaco, que utilizava o plasmódio da malária para tratar pacientes com sífilis, antes do advento da penicilina. Eu havia acabado de sair de uma última tentativa dentro da biologia: um estágio mal sucedido em um laboratório que estudava *precisamente* parasitologia, um assunto que eu gostava, e muito! A contradição envolvida naquele tema despertou ainda mais a minha curiosidade, e eu escolhi dar uma segunda chance para os protozoários, porém, agora, num campo que estudava o homem e sua memória. Mergulhei, então, nos arquivos emprestados pela amiga, e depois professora, Cristiana Facchinetti, que me colocaram em contato com, eu diria, a fonte mais importante para este trabalho.

Sou grata, em primeiro lugar, aos meus orientadores, Magali e André, por terem confiado tamanha tarefa a uma zoóloga recém-formada, e acreditado que ela seria capaz de honrar suas expectativas com relação a um objeto tão especial. Agradeço à minha orientadora por ter me inserido na pesquisa histórica e pelo carinho com que me conduziu durante todo o caminho que percorri até aqui. Ao André Felipe por toda a paciência com meu excesso de adjetivos e com a minha falta de cronologia, por ter lido as várias versões do texto e por ter me socorrido com os artigos em alemão. Ainda sobre o início da minha trajetória gostaria de agradecer imensamente aos professores com quem pude cursar disciplinas, cujas aulas foram fundamentais no meu processo de “conversão” para a área da história. Agradeço especialmente à professora Simone Petraglia Kropf e ao professor Luiz Otávio Ferreira pelas discussões inspiradoras. Também sou muitíssimo grata à professora Gisele Sanglard que, nos 45 do segundo tempo, estava respondendo prontamente aos meus e-mails, me fornecendo informações importantes e gentilmente se dispondo a me ajudar a “caçar” alguns dados na reta final de entrega do trabalho.

Também agradeço à minha mãe e ao meu namorado Vitor, por estarem sempre do meu lado, repetindo insistentemente a frase “Calma, vai dar tudo certo!” e tentando me convencer de que eu sobreviveria à escrita desta dissertação. Obrigada por todo o tempo (e não foi pouco) que me ouviram falar do trabalho. Também agradeço a minha Vovó Clarinha, ao meu pai, ao meu irmão Luigi, à querida cunhada Nicole e às minhas amigas Júlia e Ludimila pela

compreensão sobre a minha total ausência nos tenebrosos meses de escrita. Agradeço às minhas irmãs de graduação, Ju, Lulu, Bia e Fafá, por nunca terem abandonado esta desertora e, mesmo a milhares de quilômetros de distância (acreditem, biólogas viajam para o fim do mundo sempre), estarem presentes a todo o momento. Também não posso deixar de mencionar os amigos maravilhosos que pude fazer durante o mestrado: Fernanda, Marcela, André, Lucas e Bárbara, obrigada pela diversão nas aulas, nos congressos e nos bares. Por fim, e jamais menos importantes, agradeço ao Sandro, ao Paulo, à Maria Claudia e ao Deivison, que foram perturbados inúmeras vezes por meus telefonemas, mensagens no Facebook e e-mails desesperados. O mundo seria muito melhor se houvesse mais pessoas com a simpatia, disponibilidade, paciência e generosidade de vocês.

A todos, o meu mais sincero *obrigada!*

*“É uma ilusão acreditar que a história do conhecimento tenha tão pouco a ver com o conteúdo da ciência quanto, digamos, a história do telefone com o conteúdo das conversas telefônicas: pelo menos três quartos, talvez a totalidade, do conteúdo das ciências são condicionados e podem ser explicados pela história do pensamento, pela psicologia e pela sociologia do pensamento.”*  
(Ludwick Fleck, *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*, 1935).



## RESUMO

Durante a virada do século XIX para o XX a comunidade médica tentava lidar com o crescente número de pacientes acometidos pela sífilis. Os esculápios classificavam a doença em diferentes fases, sendo a última e mais grave a paralisia geral progressiva ou PGP. Quando o doente chegava a este estágio suas faculdades psicomotoras começavam a ser progressivamente prejudicadas, o que resultava, em grande parte dos casos, em óbito. O percentual de cura dos doentes paralíticos gerais era muito pequeno e as técnicas até então disponíveis para o tratamento pouquíssimo promissoras. Ao longo da história, a febre se mostrou benéfica no tratamento de diversas doenças mentais e seu uso para estes fins remonta a Hipócrates (século IV a.C.). A utilização dos acessos febris provocados pela malária no tratamento da paralisia geral progressiva foi proposta, em 1917, pelo médico austríaco Julius Wagner-Jauregg. A técnica, batizada de malarioterapia, consistia na inoculação de sangue contendo um dos agentes etiológicos da malária, o protozoário da espécie *Plasmodium vivax* em doentes portadores desta forma de sífilis nervosa. Através das trocas científicas internacionais que ocorriam em diversas áreas do conhecimento e, especialmente, no campo da medicina experimental, ao longo da primeira metade do século XX, a técnica passou a ser conhecida, utilizada e estudada em diferentes países do mundo, inclusive no Brasil. Assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar o processo de incorporação da malarioterapia no quadro terapêutico de instituições hospitalares cariocas ligadas à Assistência a Psicopatas do Distrito Federal e no Serviço de Neurosífilis do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle. Procuramos, desta forma, compreender como e em que medida a terapia palúdica contribuiu para a consolidação do campo da psiquiatria no Rio de Janeiro e para a modificação da visão dos médicos, especialmente de psiquiatras, sobre a paralisia geral progressiva.

## ABSTRACT

Between the turn of the 19th and 20th century the medical community tried to handle with the increasing number of patients suffering from syphilis. The doctors classified this disease in different levels and general paralysis of the insane was its last and most serious phase. When the patient reached this level his psychomotor faculties were progressively damaged, driving the parietic to death. The amount of cured patients was very small and the available therapeutics were little promising. Along history, fever showed its wholesome effects in the treatment of many mental ill and this kind of feverish accesses use goes back to Hipocrates (IV b.C.). The employment of fever accesses produced by malaria infection in the treatment of general paresis of the insane was proposed by the Austrian psychiatrist Julius Wagner-Jauregg, in 1917. The method, called malaria fever therapy or simply malariatherapy, consisted in the inoculation of blood with one of the aetiological agents of malaria, the protozoan *Plasmodium vivax*, in sick people who had this form of neurosyphilitic infection. Through international scientific exchanges which occurred especially in the experimental medical field in the first half of the twentieth century, the malaria fever therapy was practiced, disseminated, and studied in different countries around the world, including Brazil. The objective of the present work is to analyse the incorporation process of this method at the therapeutic board of healthcare institutions localized in the city of Rio de Janeiro. These were the asylums linked to the Psychopaths Healthcare of the Capital and the Neurosyphilis Service belonged to the Hospital of the Gaffrée e Guinle Foundation. In this way, we seek to comprehend in which level and how the malariatherapy contributed to the establishment of the psychiatric field in Rio, and to the changes in the way the doctors, especially psychiatrists, saw general paralysis and its prognosis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: o psiquiatra vienense Julius Wagner-Jauregg p. 166

Figura 2: Jauregg e seus assistentes malarizando um paciente na Clínica Psiquiátrica de Viena p. 167

Figura 3: Placa de bronze doada ao Hospício de São Pedro por pacientes que diziam se ter curado através da malarioterapia p. 168

Figura 4: Getúlio Vargas (à direita), Gustavo Capanema (à esquerda) e Waldemiro Pires (atrás) em visita à Colônia Juliano Moreira p. 168

Figura 5: Raquialbuminímetro (instrumento utilizado na medição da concentração de albumina no líquido cefalorraquidiano de pacientes sífilíticos) p. 169

Figura 6: Capa do livro sobre a malarioterapia, publicado em 1934 por Waldemiro Pires Ferreira p. 169

## **LISTA DE SIGLAS**

PGP – Paralisia geral progressiva

SBNPML – Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal

IPLDV – Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

AMLA – Assistência Médico-Legal a Alienados do Distrito Federal

APDF – Assistência a Psicopatas do Distrito Federal

HPH – Hospício de Pedro II

HNA – Hospital Nacional de Alienados

MJ – Manicômio Judiciário

FNM – Faculdade Nacional de Medicina (RJ)

IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil

FGG – Fundação Gaffrée e Guinle

HFGG – Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle

SNHFGG – Serviço de Neurosífilis do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle

ABNP – Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria

AFGG – Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO 1 – UNINDO O FÍSICO E O MENTAL: UM BREVE PERCURSO PELA HISTÓRIA DA PARALISIA GERAL PROGRESSIVA.....</b>	<b>16</b>
1.1 Construindo uma enfermidade independente: o surgimento da paralisia geral progressiva como uma entidade nosológica autônoma.....	18
1.2 Relacionando duas moléstias: a etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva.....	28
1.3 Ciência?! A psiquiatria como um campo do conhecimento em ascensão.....	41
1.4 Tratamentos para uma velha conhecida.....	48
<b>CAPÍTULO 2 – UMA DOENÇA SALUTAR?.....</b>	<b>53</b>
2.1 Julius Wagner-Jauregg e o desenvolvimento da malarioterapia.....	53
2.2 A malarioterapia como uma técnica cosmopolita.....	70
2.3 Uma doença dita salutar: consequências e desdobramentos da utilização da malarioterapia.....	88
2.4 Candidatas a substitutas: o surgimento da penicilina e de outras terapias alternativas à malarioterapia.....	99
<b>CAPÍTULO 3 – A EXPERIÊNCIA DA MALARIOTERAPIA NO DISTRITO FEDERAL.....</b>	<b>106</b>
3.1 Os palcos da terapêutica.....	107
3.2 Um objeto científico: a paralisia geral progressiva pelos médicos da Capital Federal.....	117
3.3 A malarioterapia no Rio de Janeiro: polêmicas, apropriações e desdobramentos.....	135
3.4 A introdução da penicilina no tratamento da paralisia geral progressiva.....	158
<b>Considerações finais.....</b>	<b>162</b>
<b>Figuras.....</b>	<b>166</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>170</b>

## Introdução

Podemos considerar como ampla a produção historiográfica sobre a psiquiatria no Brasil. Segundo Ana Teresa Venâncio e Janis Alessandra Cassilia, tais trabalhos encontram-se inseridos em três grandes vertentes. A primeira delas reúne obras escritas, geralmente, por médicos-psiquiatras, e que encaram o “fazer história” como reunir fatos na tentativa de elucidar os considerados “avanços” no conhecimento e nas políticas de assistência psiquiátrica no país, além de construir o perfil de um profissional *especialista* nas questões *científicas* da mente. Segundo as autoras: “Nessa perspectiva a doença mental aparece como corolário dos investimentos e sucessos científicos e assistenciais empreendidos por médicos no afã de curá-la e extingui-la.”<sup>1</sup>

O segundo grande grupo compreende aqueles trabalhos produzidos durante a segunda metade do século XX, e que foram bastante influenciados pelas ideias disseminadas através dos estudos assinados pelo filósofo Michel Foucault. Para Foucault, a prática psiquiátrica asilar exerceu um poder disciplinar – normalizador – não somente sobre os doentes internados, mas também sobre a sociedade de forma mais geral. Assim, os pesquisadores que escreveram sobre a psiquiatria brasileira durante este período defendiam uma ruptura com tal postura política e médica, assumida por muitos psiquiatras, segundo o filósofo francês. Para Venâncio e Cassilia a perspectiva histórica destes autores “[...] deixava de lado as continuidades e as efemérides e olhava o real por intermédio das discontinuidades e das possibilidades de transformações sociais *radicais*.”<sup>2</sup> Neste sentido, a concepção inicial de que o papel dos médicos seria buscar a cura para as moléstias mentais foi duramente criticada pelos autores inseridos nesta segunda vertente historiográfica, produzindo um questionamento sobre o binômio normal/patológico, e sobre a maneira como a psiquiatria lidava com seus “subordinados”: os doentes mentais.

Por fim, as autoras distinguem o terceiro grupo como aquele que reúne estudos comprometidos com uma perspectiva mais cultural, produzidos pelos campos da história e da antropologia histórica. Segundo elas:

Neste alargamento analítico, os trabalhos com uma visada cultural buscaram explorar mais a articulação da psiquiatria e da doença mental com outras práticas sociais e culturais. Passam então a serem privilegiados temas

---

<sup>1</sup> VENÂNCIO, A. T. A.; CASSILIA, J. A. P. A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. *Espaço Plural*, Cascavel, v. 11, n. 22, 2010, pp. 24-34, p. 25.

<sup>2</sup> *Ibidem*. Grifo meu.

como a doença mental e práticas curativas diversas, a relação das terapêuticas psiquiátricas com a religião, a noção de sujeito reforçada pelo conhecimento psiquiátrico frente a outras concepções de Pessoa<sup>3</sup>.

Deste modo, a vertente em questão aposta na ideia de que a psiquiatria e a doença mental, enquanto objetos de estudo, deveriam ter suas *múltiplas* facetas exploradas e analisadas. O paciente, por exemplo, elemento antes nada ou pouco observado, passa a ser visto “enquanto protagonista de sua própria história.”<sup>4</sup>, ou seja, os vários aspectos inerentes a estes sujeitos, como sua relação com os médicos e sua visão sobre os tratamentos aos quais eram submetidos, são levados em consideração e examinados com mais minúcia. Desta forma, a partir de tais estudos a psiquiatria é delineada como “saber e prática histórico-cultural” e a doença explorada “em suas várias representações e possibilidades: como experiência de vida, como expressão de diagnósticos diferenciados de representações de Pessoa e de mundo.”<sup>5</sup>.

O presente trabalho busca sua orientação teórico-metodológica baseando-se, em grande medida, na última vertente descrita pelas autoras. O objeto estudado, a malarioterapia, foi criada em 1917, pelo psiquiatra austríaco Julius Wagner-Jauregg. A técnica consistia em tratar doentes acometidos pela paralisia geral progressiva (uma forma de sífilis do sistema nervoso) através da infecção malárica, e foi considerado pelos profissionais da área da medicina mental um dos primeiros tratamentos somáticos eficazes. A nova terapêutica correu mundo, colecionando adeptos, entusiastas e controvérsias até, pelo menos, o terceiro quartel do século XX.

Pretendemos aqui analisar o processo de apropriação da malarioterapia pelos médicos psiquiatras que atuavam no Rio de Janeiro, especialmente aqueles que circulavam pelas reuniões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal e/ou aqueles que se inseriam no Serviço de Neurosífilis do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle. Procuramos identificar e compreender os diversos desdobramentos derivados da incorporação da técnica de origem vienense no quadro terapêutico de instituições ligadas à Assistência Médico-Legal a Alienados do Distrito Federal ou à Fundação Gaffrée e Guinle, além de elucidar as contribuições fornecidas pelos psiquiatras atuantes nestes espaços para a consolidação da malarioterapia enquanto tratamento padrão ao qual eram submetidos os paralíticos internados em instituições cariocas – enquanto, portanto, um *fato científico*.

---

<sup>3</sup> *Ibidem*. p. 26.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

Desta forma, o presente estudo defende a hipótese de que a malarioterapia foi mais um elemento apropriado de forma autônoma por alguns psiquiatras atuantes na cidade do Rio de Janeiro, tanto em termos conceituais, como no que diz respeito aos aspectos inerentes à *administração*, propriamente dita, do tratamento, e que certamente relacionam-se entre si. Em outras palavras, percebemos que estes profissionais refletiam não só sobre os possíveis mecanismos através dos quais o tratamento agia, sobre os efeitos clínicos e aqueles observados nos resultados laboratoriais que sua administração provocava etc., mas, também discutiam questões metodológicas, como as melhores diretrizes para um protocolo básico e mais adequado.

Além disso, percebemos que a malarioterapia fomentou, em grande medida, a mudança na opinião sobre o prognóstico da paralisia geral progressiva manifestada por muitos psiquiatras. Os doentes acometidos por tal moléstia eram vistos, antes da introdução da técnica, como indivíduos fadados a um destino sombrio e fatal, já que a PGP era considerada uma doença de cura impossível ou muitíssimo improvável. Portanto, tais indivíduos eram depositados nas instituições asilares para esperarem a morte, contribuindo para a superlotação de seus leitos e considerados indignos da atenção dos psiquiatras, que se viam impossibilitados de reverter tal situação. Acreditamos, assim, que os resultados positivos atribuídos à terapia palúdica, por diversos doutores, construíram a esperança da recuperação de muitos paralíticos, que, reestabelecendo sua saúde física e mental, deixaram de serem vistos como moribundos.

Construída como um método genuinamente científico, de acordo com os paradigmas da época, a malarioterapia foi introduzida no dia a dia dos profissionais da medicina mental, demonstrando que esses também eram capazes de desenvolver e dominar metodologias eficazes de tal natureza. Dessa forma, a técnica contribuiu amplamente para o processo de consolidação da psiquiatria carioca como um campo de conhecimento legitimamente *científico* e indispensável para se alcançar certas aspirações da *intelligentsia* brasileira.

Isso posto, são caros a esta dissertação os estudos sobre o campo da psiquiatria carioca e sua institucionalização, especialmente aqueles desenvolvidos no âmbito da Casa de Oswaldo Cruz, e que se inserem na terceira vertente exposta por Venâncio e Cassilia. O artigo publicado por Cristiana Facchinetti e Pedro Muñoz, em 2010, analisa a difusão do conhecimento psiquiátrico produzido pela escola alemã, no Brasil, em princípios do século XX. Os autores observam o processo de apropriação das teorias kraepelianas pelos psiquiatras atuantes no Rio de Janeiro, a partir das relações estabelecidas entre esses e os médicos



germânicos<sup>6</sup>. Já o trabalho produzido por Ana Teresa A. Venâncio se ocupa das influências francesa e germânica no modelo de institucionalização e de assistência psiquiátrica estabelecido no Rio de Janeiro, nos anos de 1930-1950<sup>7</sup>. Por fim, a dissertação recém-defendida por Ede Conceição B. Cerqueira também é de suma importância para a presente pesquisa, pois através dela pudemos compreender como se deu a criação da SBNPML e o perfil da dinâmica à qual estavam submetidos seus membros, ou seja, o dia a dia da agremiação, os eventos realizados por ela, as principais discussões em voga nas reuniões, o estabelecimento de seu estatuto etc. Além disso, a autora compila dados de extrema relevância, como o ano de admissão de grande parte de seus membros, sua especialidade, sua inserção profissional etc<sup>8</sup>.

Com uma orientação teórico-metodológica diferente da qual adotamos no presente trabalho, as obras assinadas por Magali Engel e Maria Clementina Pereira Cunha são, contudo, de grande importância para a dissertação em questão. Ambas elucidam com destreza certos aspectos inerentes ao campo da psiquiatria no Brasil, durante os primeiros anos da República e nos auxiliam a compreender melhor o contexto político e social da época. O trabalho de Engel, intitulado “Os Delírios da Razão – médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)” nos fornece um panorama histórico da Assistência Médico-Legal a Alienados do DF, elucidando as mudanças legais pelas quais a instituição passou, bem como os personagens que as encabeçaram<sup>9</sup>.

A bibliografia *internacional* sobre o tema da malarioterapia é um tanto extensa, o que representa mais uma evidência da ampla disseminação da técnica. Muitos autores também defendem a hipótese de que essa foi um elemento que contribuiu em muito para a modificação da visão de diferentes médicos sobre a paralisia geral progressiva e sobre os doentes acometidos por tal enfermidade. Essa é uma das principais teses defendidas nos trabalhos assinados por Juliet Hurn, Jéssica Slijkhuis e Harry Oosterhuis, Joel Braslow, Edward Brown, Cynthia Tsay e Jesper Vaczy Kragh. O último estudo, sobre a utilização da malarioterapia na Dinamarca, considera, ainda, a técnica como força motriz que impulsionou as primeiras

---

<sup>6</sup> FACCHINETTI, C.; MUÑOZ, P. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2013, pp. 239-262.

<sup>7</sup> VENÂNCIO, A. T. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2003, pp. 883-900.

<sup>8</sup> CERQUEIRA, E. C. B. *A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal: debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2014.

<sup>9</sup> ENGEL, M. *Os Delírios da Razão – médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001; CUNHA, M. C. P. *Cidadelas da Ordem – a doença mental na República*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

questões éticas relacionadas ao campo psiquiátrico, impelindo a introdução do primeiro regulamento de consentimento na história desta ciência médica no país. Além disso, para Tsay, Kragh e Hurn, a terapêutica também se constituiu como um elemento importante no processo de consolidação do campo da psiquiatria em diversos países<sup>10</sup>.

No Brasil, dois são os estudos que contemplam o tema de modo *central e extenso*. Um diz respeito à aplicação da terapêutica em São Paulo, no Hospício do Juquery, de autoria de Gustavo Querodia Tarelow. O outro fala sobre a aplicação da malarioterapia em Pernambuco, no Hospício de Alienados de Recife, e é assinado por Maria Concepta Padovan. Tarelow escreve sobre a aplicação de diferentes terapias biológicas no Juquery, durante a direção do psiquiatra Antônio Carlos Pacheco e Silva. O autor, que utilizou como fontes também os prontuários médicos, chega à conclusão de que havia um disparate entre os resultados apresentados nestes documentos e aqueles publicados em textos científicos. Assim, a necessidade que médicos como Pacheco e Silva viam de divulgar resultados positivos sobre os métodos em questão constitui-se, para o autor, como mais um indício de que a utilização de tais terapias foi “uma das principais estratégias utilizadas pelos psiquiatras para aproximar a sua especialidade das demais áreas médicas.”<sup>11</sup>. Chegando à conclusão similar àquela apresentada por Gustavo Tarelow, Maria Concepta Padovan, que também trabalhou com prontuários produzidos pelos psiquiatras do Hospício de Alienados de Recife, reporta a falta de observações, nestes documentos, sobre acidentes ou que diziam respeito às eventuais reações dos pacientes após serem submetidos à terapêutica. Considerando a ausência de tais notas como incomuns, a autora conclui: “[...] é possível que esta característica fosse mais um artifício utilizado pelos médicos, de forma intencional, para garantirem que este método continuasse como único meio de cura da sífilis considerado ‘seguro’ [...]”<sup>12</sup>. As questões

---

<sup>10</sup> KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *History of Psychiatry*, Cambridge, v. 21, n. 4, 2010, pp. 471-486; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere: dementia paralytica in dutch psychiatry (1870–1920). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. Oxford, Outubro 2012, pp. 1-35; BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians’ narratives and interrogations: the case of general paralysis of the insane and malaria fever therapy, 1910-1950. *Bulletin of the History of Medicine*, Baltimore, v. 70, n. 4, 1996, pp. 577-608; HURN, J. D. *The history of the general paralysis of the insane in Britain, 1830 to 1950*. Tese (PhD em Filosofia). London University, Londres, 1998; BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *History of Psychiatry*, Cambridge, v. 11, 2000, pp. 371-382; TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *Yale Journal of Biology and Medicine*, New Haven, v. 86, 2013, pp. 245-254.

<sup>11</sup> TARELOW, G. *Entre febres, comas e convulsões: as terapias biológicas no Hospital do Juquery administrado por Pacheco e Silva (1923-1937)*. Dissertação (Mestrado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 170.

<sup>12</sup> PADOVAN, M. C. A terapêutica da malarioterapia no Hospital de Alienados do Recife (1930-1945). *Cadernos de História: Oficina de História – escritos sobre saúde, doenças e sociedade*, Recife, v. 7, n.7, 2010, pp. 85-115, p. 111.

colocadas pelos trabalhos nacionais e internacionais, anteriormente citados, serão discutidas com mais minúcia nos dois primeiros capítulos desta dissertação, de modo que possam ser relacionadas entre si e com o objeto aqui estudado.

Como pudemos perceber a partir desta breve apresentação da bibliografia existente sobre o tema, nenhum estudo profundo foi realizado sobre o processo de incorporação da malarioterapia no quadro terapêutico de instituições médicas e/ou psiquiátricas cariocas, assim, acreditamos que a originalidade da pesquisa resida precisamente neste ponto. Além disso, tal estudo compromete-se com discussões relativas à historiografia da ciência mais recente, procurando desenvolver o tema a partir das principais questões estabelecidas por ela, na tentativa de agregar discussões que enriqueçam a pesquisa e nos levem a conclusões mais amplas do que aquelas que, geralmente, se limitam aos campos da história social, cultural, política e econômica. O estudo também pretende trazer contribuições para o enriquecimento do arcabouço de conhecimento que a historiografia possui sobre o contexto de conquista da psiquiatria por um lugar no *hall* das ciências médicas.

\* \* \*

Durante o final do século XIX e o início do XX, *certos* intelectuais brasileiros acreditavam que a solução para o problema da degeneração do povo estaria no branqueamento racial e numa padronização cultural que seguiria o modelo ocidental. No entanto, as novas teorias relacionadas ao campo da microbiologia desenvolvidas a partir do final do século XIX trouxeram diretrizes renovadas para o “problema nacional”. Assim, a degeneração deixava, pelo menos para alguns, de caracterizar-se como uma questão genética, hereditária e irreversível, passando a ser encarada como produto da falta e/ou da precariedade dos serviços de saúde e educação oferecidos à população brasileira. Consideravelmente influenciados por ideais neolamarckistas e pelas novas teorias sobre os micróbios, muitos dos médicos engajados no movimento sanitário acreditavam que a condição de degeneração do povo brasileiro era produto de seu analfabetismo e das diversas enfermidades que o acometiam. Dessa forma, as soluções para este problema estariam nas reformas de infraestrutura e assistência que deveriam ser promovidas pelo governo republicano, cobradas incessantemente pelo movimento médico<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: o Brasil Descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. *Raça ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, p. 23-40; SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições*

Em meio a esta conjuntura político-social, característica das primeiras décadas do novo regime governamental, o campo da psiquiatria carioca passava por renovações teóricas e reformas institucionais, buscando sua legitimação enquanto ciência médica. Muito influenciado pelos princípios de institucionalização da ciência tipicamente germânicos, por exemplo, a combinação entre pesquisa e ensino, esta área do conhecimento médico colecionava membros que simpatizavam profundamente com a cultura em questão. As fontes nos permitem afirmar que muitos dos médicos que atuavam na SBNPML liam, escreviam e falavam o idioma. Psiquiatras como Henrique Roxo e Juliano Moreira fizeram viagens acadêmicas para países de língua alemã, tendo a oportunidade de estudar com mentores, como Emil Kraepelin<sup>14</sup>. No entanto, estas visitas eram realizadas numa via de mão dupla. Ícones como Alfons Jakob e Max Nonne também vieram ao Brasil ministrar cursos e participar de eventos, sendo ilustre e pomposamente recebidos pelos anfitriões cariocas. Assim, podemos dizer que a troca de conhecimento e de discussões inerentes a esta área da medicina foi intensa entre o Brasil e os países de língua alemã. No que diz respeito à produção de conhecimento sobre a malarioterapia, isso fica claro quando, no discurso dos médicos cariocas, identificamos a permuta de dados, métodos e opiniões relativos à técnica. Teria sido muito interessante se tivéssemos acesso à visão dos pesquisadores germânicos e austríacos sobre os trabalhos, acerca do tema, desenvolvidos no Brasil para que pudéssemos construir uma noção mais completa sobre as diferentes formas e aspectos de apropriação da terapêutica palúdica por profissionais destas diferentes nacionalidades. Mas, infelizmente, isso não foi possível nos limites de uma dissertação de mestrado.

A criação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, em 1907, foi um marco na institucionalização desta área médica, também contribuindo para sua legitimação. Segundo Ede Conceição Bispo Cerqueira, sua fundação “aconteceu no contexto de preparação para a realização da Exposição de 1908 e do IV Congresso Médico Latino-Americano de 1909.”<sup>15</sup> e “[...] reforçava as iniciativas e trabalhos em prol da institucionalização da psiquiatria, já desenvolvidos pelo grupo de médicos que se reuniam em torno do periódico *Arquivos Brasileiros* desde a sua criação, em 1905, por Juliano Moreira e Afranio Peixoto.”<sup>16</sup> Além disso, a autora ressalta que o surgimento da agremiação refletia a

---

*e questão racial no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001; CASTRO SANTOS, L. A. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Estudos Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 1985.

<sup>14</sup> FACCHINETTI, C.; MUÑOZ, P. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro. *op. cit.*

<sup>15</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* p. 46.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

necessidade demonstrada pelos médicos provenientes dos três campos do conhecimento, ainda em vias de separação, de um espaço para debates que também serviria para legitimar estas especialidades “[...] frente à comunidade médica já estabelecida e a determinados setores da sociedade leiga, como o Estado.”<sup>17</sup>. Assim a autora conclui:

Percebemos que, para os membros da SBPNML, estar inserido nesta, como em outras agremiações, significava participar de um movimento de especialização das áreas da medicina, buscar a legitimação e institucionalização daquela atividade e, ao mesmo tempo, se reconhecer como profissional daquelas áreas. Isto dentro de um contexto mais amplo, que envolvia a constituição e autodeterminação de identidades especializadas no campo médico científico e de uma identidade nacional<sup>18</sup>.

É relevante o número de casos de pacientes com sífilis que são discutidos entre os médicos que frequentavam as reuniões da Sociedade. Segundo o levantamento sobre os diagnósticos mais debatidos, realizado por Ede Cerqueira, entre 1908 e 1930 foram discutidos nas reuniões da agremiação 68 casos de infecções neurosifilíticas, classificadas pelos médicos como: tabes, sífilis cerebral ou paralisia geral progressiva. Vinte e dois deles foram abordados entre 1925 e 1930<sup>19</sup>. Estes índices ratificam o fato de que a doença em questão se caracterizava como um problema de saúde pública de proporções bastante grandes, algo que já foi minuciosamente trabalhado por Sérgio Carrara em seu livro “Tributo à Vênus”. O foco do trabalho de Carrara recai, em grande medida, sobre os dermatossifilógrafos e sua área do conhecimento. Contudo, os números apresentados acima demonstram que as enfermidades neurológicas de origem luética constituíram-se como objetos não somente desta primeira área da medicina, mas também, e especialmente, do campo da psiquiatria<sup>20</sup>.

Como primeiro tratamento bem sucedido para uma destas enfermidades neuroluéticas, a PGP, a malarioterapia é aqui encarada como um conhecimento produzido e apropriado coletivamente, tendo sido o espaço da SBNPML importantíssimo em tal processo. Os médicos, psiquiatras e poucos dermatologistas, discutiam o assunto entre si nas reuniões da sociedade e trabalhavam, inclusive, publicando artigos juntos. A partir destas observações, poderíamos até especular que a malarioterapia tenha se constituído como uma ponte entre as duas especialidades em questão, pois reunindo em si as características de um *objeto de*

---

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> *Ibidem*. p. 48.

<sup>19</sup> *Ibidem*. p. 120.

<sup>20</sup> 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.

*fronteira* era dominado especialmente pela psiquiatria, mas também, em certa medida, pela dermatossifilografia.

Além disso, quando analisamos o caso do estudo e da aplicação desta terapêutica no Rio de Janeiro levando em consideração estas nuances históricas percebemos mais um exemplo de esforço dispendido pelos médicos psiquiatras na tentativa de se fazerem enxergar como contribuintes em potencial para o processo de construção do país enquanto nação. O desenvolvimento de um tratamento considerado eficaz para a neurosífilis não somente aplacaria um dos obstáculos estacados no caminho para o progresso do Brasil, mas também seria uma excelente oportunidade para atingir dois dos objetivos da comunidade psiquiátrica: seu reconhecimento enquanto campo legítimo de conhecimento, de grande importância social e, conseqüentemente, a ampliação de seu espectro de atuação. Dessa forma, os antigos alienistas conquistariam terrenos para além dos muros do hospício, protagonizando um papel central e imprescindível na empreitada de debelar um dos símbolos da degeneração e considerado, assim, empecilho para a realização do sonho de uma nação brasileira.

O ano de 1924 foi eleito como marco inicial, pois as fontes primárias indicam que durante esse período foi realizada a primeira malarização no Brasil, na Colônia de Alienados de Jacarepaguá. Depois deste evento, e aos poucos, a técnica começou a se difundir entre os médicos que atuavam no DF, passando a ser produzido volume crescente e considerável de estudos sobre o tema. Estudos esses que serviram de subsídio para as conclusões às quais chegou o presente trabalho. O marco final é o ano de 1956, quando é a data do primeiro artigo, ao qual tivemos acesso, sobre a utilização da penicilina no tratamento da paralisia geral progressiva, no Rio de Janeiro. O próprio texto indica que estudos acerca deste tema já estavam sendo desenvolvidos no final da década de 1940. No entanto, como veremos, entre os grupos eleitos para a pesquisa, há um no qual a terapêutica é combinada, ou seja, os pacientes são tratados concomitantemente com a malarioterapia e com doses do antibiótico. Por isso, podemos dizer que a técnica vienense ainda era utilizada no momento de publicação do artigo, e que ainda não havia sido *inteiramente* substituída pelo novo medicamento. No entanto, as conclusões às quais chegam os autores do estudo também nos permitem inferir que a malarioterapia não continuou a ser utilizada por muito mais tempo, uma vez que os resultados com doses elevadas da penicilina se mostraram muito superiores à infecção palúdica.

Durante a Iniciação Científica, entrei em contato com diversas fontes que subsidiaram pesquisa sobre a aplicação da malarioterapia na cidade do Rio de Janeiro<sup>21</sup>. Junto com Magali Romero Sá, coordenadora do projeto, estabeleci a delimitação institucional deste trabalho a partir de algumas delas, que nos chamaram particular atenção: os periódicos *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria* e os *Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle*; as quatro edições do *Manual de Psiquiatria*, publicadas por Henrique de Brito Belford Roxo (1921; 1925; 1938; 1946), psiquiatra da Assistência Médico-Legal a Alienados e o livro *Malarioterapia na sífilis nervosa*, assinado por Waldemiro Pires Ferreira, um dos maiores idealizadores da técnica, que foi chefe do Serviço de Neurosífilis do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle.

O primeiro periódico é bastante rico, pois além de contar com grande volume de artigos, resenhas e indicações de outras bibliografias publicadas sobre o tema, disponibiliza as atas das reuniões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. O contato com estas atas permitiu perceber que muitos dos médicos que atuavam no Hospital Nacional de Alienados e em algumas das colônias ligadas à Assistência praticavam a malarioterapia. Assim, como Ede Conceição Bispo Cerqueira, também enxergamos os ABNP como um espaço não somente de divulgação destes estudos médicos, mas também de discussões sobre os casos que permitiam sua produção, e das conclusões às quais chegavam<sup>22</sup>.

Os Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria começaram a ser publicados em 1905, sob o título de Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins e, segundo Cerqueira, não eram propriedade da SBNPML, mas sim da Assistência Médico-Legal a Alienados, caracterizando-se a sua publicação como mais uma atribuição do HNA. Algumas das tarefas da oficina tipográfica do periódico, localizada nos terrenos da Praia Vermelha, onde estava localizado o hospital, eram realizadas pelos pacientes internados. Durante um tempo, um dos argumentos de Juliano Moreira para justificar e solicitar a continuidade de publicação do periódico era o efeito benéfico que este tipo de trabalho poderia surtir sobre os doentes. Quando, em 1907, é criada a SBNPML o periódico passa a ser seu órgão oficial de divulgação e, em 1919, deixa de pertencer à Assistência. No entanto, segundo Ede Cerqueira, a publicação passa a ser *propriedade* da Sociedade apenas em 1931, e

---

<sup>21</sup> Fui bolsista PIBIC-COC/FIOCRUZ, desenvolvendo o projeto, “Trópicos, medicina, ciência e poder: as relações franco-germânicas no Brasil entre 1920 e 1938”, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dra. Magali Romero Sá, no período de fevereiro de 2012 a julho de 2012.

<sup>22</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* pp. 14-37; FACCHINETTI, C.; CUPELLO, P.; EVANGELISTA, D. F. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2010, pp. 527-535.

se mantém financeiramente durante o período anterior através de receitas provenientes de quatro origens. A primeira, paga anualmente pela SBNPML para que o periódico publicasse as atas de suas reuniões; a segunda vinda das assinaturas dos leitores que não pertenciam à agremiação; a terceira, da venda de exemplares avulsos; e a quarta, dos anúncios publicitários feitos na revista<sup>23</sup>.

Durante o período da Primeira Guerra Mundial, a publicação dos Arquivos ficou comprometida, pois houve uma redução nas verbas destinadas ao Hospital. Segundo a autora, no ano de 1915, Juliano Moreira, então diretor da AMLA, custeou a publicação dos seis números da revista colocados em circulação. Esta situação perdurou se agravando e, em 1918, outros médicos resolveram se juntar a Moreira para fomentar financeiramente a continuidade da publicação do periódico. Contudo, a constante falta de verba colocava em eminência de interrupção a impressão da revista e, numa tentativa de impedir que isso ocorresse Ulysses Vianna propôs que Juliano Moreira, Antônio Austregesilo, Faustino Esposel, Heitor Carrilho, Waldemar de Almeida e o próprio Ulysses Viana publicassem os Arquivos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Medicina legal, agora sob o nome de Arquivos Brasileiros de Neuiriatria e Psiquiatria e como órgão oficial de divulgação da Sociedade, proposta essa que foi “unanimemente” aceita, segundo Cerqueira<sup>24</sup>.

O outro periódico também nos pareceu particularmente importante, pois também permitiria, de certo modo, que acompanhássemos a produção acadêmica de outros médicos envolvidos com a malarioterapia, especialmente do Dr. Waldemiro Pires que, nos anos seguintes à sua qualificação como médico alienista e neurologista do HFGG, ocorrida em 1929, foi chefe do Serviço de Neurosífilis do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle. Neste cargo Pires desenvolveu muitas pesquisas relacionadas ao aperfeiçoamento do tratamento, sozinho e em parceria com outros médicos, psiquiatras e dermatossifilógrafos, mantendo um volume considerável de publicações nos arquivos da instituição. Publicações essas que continham estatísticas, protocolos e reflexões elaboradas acerca da nova terapêutica. O periódico, que foi publicado em oito números entre os anos de 1928 e 1938, visava basicamente à divulgação das pesquisas desenvolvidas nas dependências da FGG<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* pp. 28-32.

<sup>24</sup> *Ibidem.*

<sup>25</sup> SANGLARD, G. A Fundação Gaffrée e Guinle: trajetórias e projetos. *In Entre os Salões e o Laboratório – Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, pp. 157-186.

Os números publicados do periódico eram referentes aos anos de: 1928; 1929; 1930; 1931; 1932-1933; 1934-1935; 1936-1937 e 1938.



Os livros utilizados também como fontes primárias foram escolhidos pela riqueza de seus conteúdos, por sua autoria e por caracterizarem-se como manuais. As quatro edições do “Manual de Psiquiatria” escrito por Henrique Roxo reúnem as categorias nosológicas reconhecidas pela SBNPML e, conseqüentemente, por grande parte dos psiquiatras e neuropsiquiatras que atuavam no Rio de Janeiro durante o período estudado. Assim, o autor descreve as afecções mentais, conta um pouco de sua história, discute suas formas de tratamento etc. No prefácio da primeira edição, publicada em 1921, Roxo fala sobre a necessidade de um livro no qual as teorias e concepções mais atualizadas relativas ao campo da psiquiatria estivessem compiladas. Dessa forma, seria facilitado o aprendizado dos alunos e sanadas as confusões teóricas, metodológicas e conceituais que fundamentavam a visão da psiquiatria como área cientificamente frágil, visão essa reforçada pelo fato de que o campo abrigava discussões advindas da área da psicologia e reputadas como pouco científicas e abstratas:

No lidar continuamente com os alunos, tive ensejo de constatar a grande dificuldade que se lhes deparava, no encontrar um livro claro e conciso, em que as ideias modernas se achassem compendiadas. Os conceitos de certos autores eram contraditados formalmente por outros e a instabilidade das conclusões científicas era ainda agravada pela forma complexa, por que eram debatidos os argumentos de psicologia.

Tudo isto concorria, para que se apregoasse a psiquiatria uma ciência de pouco alcance prático, cujos cultores se deleitavam em controvérsias filosóficas<sup>26</sup>.

Henrique Roxo era psiquiatra do HNA e catedrático de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Como veremos adiante, em sua obra transparece a visão de um dos principais atores envolvidos no processo analisado pelo presente estudo. No livro escrito por Waldemiro Pires, publicado mais tarde, em 1934, estão compiladas diversas diretrizes e discussões relacionadas à utilização da malarioterapia. Dessa forma, Pires descreve minuciosamente diversos aspectos do procedimento: a administração, resultados e desdobramentos, mas exhibe, ao mesmo tempo, algumas reflexões que evidenciam sobre sua visão a respeito de algumas questões relativas à paralisia geral progressiva.

Consideramos que tanto a obra de Henrique Roxo quanto a obra de Pires encaixam-se no perfil típico dos manuais, como já mencionado. Como coloca Thomas Kuhn em seu livro “A Estrutura das Revoluções Científicas”, o conteúdo de um manual “mascara” o *processo*

---

<sup>26</sup> ROXO, H. B. B. Prefácio. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921, pp. 7-9, p. 7.

tortuoso que é a produção de conhecimento sobre um objeto científico. No entanto, a existência de uma publicação desta natureza sobre determinado assunto evidencia a importância que esse teve para certo campo do conhecimento, compilando os eventuais consensos que foram estabelecidos por um processo “obscurecido”, acessível apenas em parte pelos artigos científicos publicados sobre ele. O conteúdo destes últimos apresenta constatações que ainda não foram, e podem nunca ser, consensualizadas, constituindo-se como publicações mais fugazes do que os manuais. Assim, os livros assinados por Roxo e por Pires também nos são caros, pois combinados com o conteúdo dos artigos, nos fornecem um reflexo um pouco menos incompleto do que foi o processo de construção da malarioterapia enquanto um fato científico, que discussões ele gerou e quais foram os consensos estabelecidos<sup>27</sup>.

Por fim, os relatórios da Assistência Médico-Legal a Alienados do DF redigidos por Juliano Moreira e referentes aos anos de 1924 e 1927 fornecem alguns números e informações interessantes e que serão relacionadas no terceiro capítulo deste trabalho. Assim, nossa escolha pelas fontes primárias baseou-se na dedução, a partir de sua análise, de que essas contêm grande parte da produção intelectual acerca da maneira como a malarioterapia foi apropriada e aplicada na cidade do Rio, assunto ainda não contemplado na literatura sobre a história da psiquiatria na então capital federal.

Para melhor compreendermos a malarioterapia como um fato científico construído através de diversas facetas, leituras e apropriações lançamos mão de concepções derivadas do campo da história da ciência. Assim, Ludwick Fleck é, para nós, um autor importante. Em seu livro intitulado “Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico”, publicado pela primeira vez em alemão em 1935, Fleck se debruça sobre o processo de desenvolvimento da reação de Wassermann – utilizada no diagnóstico da sífilis – e sua consolidação enquanto fato científico. Sendo um dos primeiros a criticar as análises do processo de produção do conhecimento que fazem a separação entre fatores externos e internos, o autor inaugura conceitos como “coletivo de pensamento” e “estilo de pensamento”.

Através de seu objeto central, Fleck demonstra que os fatores sociais não estão rodeando a produção do conhecimento científico, esses *permeiam* seu conteúdo, o que caracteriza a conformação de um objeto científico como um processo sócio cognitivo. Além disso, o autor deixa claro que a ciência é uma atividade social e coletiva, já que “[...] o saber

---

<sup>27</sup> KUHN, T. A Estrutura das Revoluções Científicas. São Paulo: Perspectiva, 2009, pp. 175-183.

ultrapassa os limites dados a um indivíduo.”<sup>28</sup>. Segundo ele, o saber de um indivíduo só ganha sentido completo se, e somente se, houver uma contextualização do primeiro: “[...] a proposição “alguém conhece algo” exige um acréscimo, como, por exemplo: [...] dentro de um determinado estilo de pensamento, dentro de um determinado coletivo de pensamento.”<sup>29</sup>. No segundo capítulo deste trabalho, abordaremos o sentido que o autor atribui a estas duas expressões, relacionando-os com o objeto estudado aqui.

O conceito de *objeto de fronteira* desenvolvido por Susan Leigh Star e James R. Griesemer também nos é bastante caro. Com uma orientação intelectual bastante pautada nas ideias de Bruno Latour, os autores analisam, em seu trabalho publicado no ano de 2002, a história do Museu de Zoologia de Vertebrados da Universidade de Berkeley, na Califórnia. Estes afirmam que a atividade científica é heterogênea e que seu desenvolvimento não necessita do consenso, mas sim da cooperação entre indivíduos pertencentes a “diferentes mundos sociais”<sup>30</sup>. O estabelecimento desta cooperação, “pulo do gato” para a evolução das pesquisas, é um trabalho árduo para todos os envolvidos, principalmente porque as novas descobertas, caracterizadas como *objetos de fronteira*, possuem significados diferentes para os vários atores participantes no processo: cientistas, naturalistas amadores, patronos, administradores, animais etc. No trabalho, é caracterizada a rede de sociabilidade envolvida nas modificações pelas quais passou o museu, assim como os sucessivos processos de alistamento nos quais foram utilizadas as mais variadas estratégias para o recrutamento de elementos pertencentes a “diferentes mundos sociais”<sup>31</sup>.

Deixando claro que os pesquisadores que estão dentro do laboratório, no “miolo” da produção do conhecimento, não são mais importantes para o desenvolvimento do conteúdo da ciência do que os naturalistas amadores que auxiliam a coleta dos animais, ou os próprios animais, ou ainda os administradores do museu, Susan e James definem o conceito de *objetos de fronteira* como:

[...] Objetos que são ao mesmo tempo plásticos o suficiente para se adaptarem às necessidades locais e às limitações dos diversos grupos que os empregam, mas também autênticos o bastante para manter [minimamente] uma identidade comum entre [essas diferentes] áreas. Eles são pouco

---

<sup>28</sup> FLECK, L. Consequências para a teoria do conhecimento da história apresentada de um conceito. *In Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010, pp. 61-95, p. 82.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

<sup>30</sup> STAR, S. L.; GRIESEMER, J. R. Institutional ecology, ‘translations’ and boundary objects: amateurs and professional in Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, v. 19, n. 3, 1989, pp. 387-420, p. 388; LATOUR, B. *Ciência em Ação*. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

<sup>31</sup> STAR, S. L.; GRIESEMER, J. R. Institutional ecology, ‘translations’ and boundary objects. *op. cit.* p. 388.

estruturados no uso comum, mas tornam-se muito característicos na utilização que cada grupo faz. Esses objetos podem ser abstratos ou concretos. Eles têm significados distintos em espaços sociais diferentes, mas suas estruturas possuem aspectos comuns em mundos díspares, [aspectos esses] mantidos no intuito de que estas categorias sejam reconhecíveis, [tornando-se] um meio de tradução<sup>32</sup>.

Assim, acreditamos que estas sejam as principais propostas teórico-metodológicas e conceitos dos quais o presente trabalho torna-se partidário, conforme se evidenciará nos capítulos a seguir.

Uma vez que a malarioterapia se difundiu primeiramente como um tratamento destinado aos paralíticos gerais, abordaremos a história da transformação de um grupo de sintomas psíquicos e físicos em uma categoria nosológica autônoma batizada por um alienista da França republicana como *paralisia geral progressiva*. Feito isso no capítulo inicial desta dissertação, passamos à história do desenvolvimento da primeira terapia considerada, de forma geral, como eficaz para o tratamento da PGP. Mencionaremos aspectos considerados importantes da trajetória e figura pública do principal idealizador da malarioterapia, o psiquiatra austríaco Julius Wagner-Jauregg. Em seguida, discutiremos algumas questões relativas à construção da malarioterapia enquanto terapêutica bem sucedida, ou seja, sua estabilização como um *fato científico*. Por fim, no último capítulo, daremos conta do processo de incorporação da terapêutica por alguns médicos, especialmente psiquiatras, que atuavam na cidade do Rio de Janeiro, então Capital Federal, durante o período de 1924 e 1956.

---

<sup>32</sup> *Ibidem.* p. 393. No original: “[...] Objects which are both plastic enough to adapt to local needs and the constraints of the several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites. They are weakly structured in common use, and become strongly structured in individual site use. These objects may be abstract or concrete. They have different meanings in different social worlds but their structure is common enough to more than one world to make them recognizable, a means of translation.”. Tradução minha.

## Capítulo 1

# Unindo o físico e o mental: um breve percurso pela história da paralisia geral progressiva

Isolada do caos das psicoses, há mais de cem anos por Bayle, que em sua memorável tese caracterizou a paralisia geral, continua essa afecção, até hoje, a preocupar o mundo médico<sup>33</sup>.

Após lermos a passagem acima, ficamos no mínimo curiosos para entender porque, nos tempos atuais, poucas são as pessoas que já ouviram falar da paralisia geral progressiva (PGP)<sup>34</sup>, já que essa parece ter sido uma doença de especial importância para a medicina em geral, e mais especificamente para o campo da psiquiatria, no período que vai do início do século XIX até a primeira metade do século XX. O conjunto de sintomas motores e mentais que por quase 100 anos foi descrito e considerado como uma entidade nosológica distinta ocupou intensa e especialmente o pensamento de psiquiatras ao redor de todo o globo<sup>35</sup>.

Apenas na década de 1910 do século XX, a origem sífilítica da paralisia geral progressiva tornou-se um paradigma<sup>36</sup> para o campo da medicina e logo, a PGP passou a ser considerada como um estágio tardio desta enfermidade. Quando um paciente atingia este nível, seu tecido cerebral já havia sido danificado de forma irreversível, a princípio, desencadeando a manifestação de sintomas mentais e neuromotores, como delírios, problemas na fala, na escrita etc. Por isso, mesmo depois de “transformados” em sífilíticos, os pacientes

---

<sup>33</sup> PACHECO E SILVA, A. C. *Neurossifilis*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1933, p. 92.

<sup>34</sup> Os termos “paralisia geral progressiva” e “demência paralítica” serão utilizados como sinônimos.

<sup>35</sup> HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. *Journal of Mental Sciences*, Londres, v. 105, 1959, pp. 594-626; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain, 1830 to 1950. *op. cit.*; HAYDEN, D. *Pox: genius, madness, and the mysteries of syphilis*. Nova York: Basic Books, 2004; QUETEL, C. *History of Syphilis*. Cambridge: Polity, 1992; DAVIS, G. *The Cruel Madness of Love: sex, syphilis, and psychiatry in Scotland, 1880-1930*. Amsterdam: Rodopi, 2008; KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.*; SLIJKHUIS, J. & OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.*; BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.*; KAPLAN, R. M. Syphilis, sex and psychiatry, 1789-1925: part 1. *Australasian Psychiatry*, Melbourne, v. 18, n. 1, 2010, pp. 17-21; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, Washington, v. 50, n. 6, pp. 855-866; WULF, S. & SCHMIEDEBACH, H. Wahnsinn und Malaria – Schnittpunkte und Grenzverwischungen zwischen Psychiatrie und Tropenmedizin in Hamburg (1900-1925). *Gesnerus*, Lausanne, v. 71, n. 1, 2014, pp. 98-141.

<sup>36</sup> Aqui utilizo a expressão “paradigma” no sentido atribuído a essa por Thomas Kuhn, em “A Estrutura das Revoluções Científicas”: um ideal, concepção, convicção etc compartilhada por um grupo de atores inseridos no campo do conhecimento em questão, no caso deste trabalho, a psiquiatria. A ideia de que a PGP caracterizava-se como um estágio da sífilis passou a ser de fato aceita, a partir de 1913, pela maioria dos psiquiatras que atuavam em diferentes lugares do mundo. KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2009.

acometidos pela paralisia geral permaneceram sob a “custódia” de psiquiatras até meados do século XX, quando a penicilina começou a ser utilizada no tratamento da sífilis<sup>37</sup>, debelando-a antes que seus doentes começassem a manifestar sintomas de loucura<sup>38</sup>. Antes do advento deste medicamento, porém, a gama de fármacos eficazes disponíveis para o tratamento dos estágios iniciais desta enfermidade não surtia efeito significativo sobre a paralisia geral, fazendo com que essa permanesse como um mal sem cura. As lesões cerebrais, e conseqüentemente o diagnóstico decisivo da doença, só podiam ser plenamente constatados na necropsia dos paralíticos e a causa da doença permanecia discutida, mas ainda obscura<sup>39</sup>. Durante muito tempo, atribuiu-se a PGP a traumas psicológicos, excesso de trabalho, ansiedade, traumas físicos, excesso de sexo, alcoolismo etc<sup>40</sup>.

Em 1917, o psiquiatra vienense Julius Wagner Jauregg desenvolveu o primeiro tratamento para esta enfermidade. A malarioterapia – que pode ser descrita exatamente pela etimologia do termo: uma terapia conduzida através da infecção malárica – convenceu grande parte dos colegas de profissão de Jauregg, médicos esses que atuavam em diferentes lugares no mundo, de sua eficácia. Neste momento a psiquiatria caracterizava-se como um campo da medicina marginalizado, estando grande parte dos profissionais da área empenhada em modificar este *status*<sup>41</sup>. Assim como muitos dos historiadores da psiquiatria que analisaram as experiências de aplicação da malarioterapia em diferentes países, acreditamos que no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, a técnica vienense desempenhou algum papel na empreitada concebida por nossos médicos psiquiatras de busca pela legitimação como ciência de sua área de atuação<sup>42</sup>.

---

<sup>37</sup> O termo “lues” será utilizado como sinônimo de “sífilis”, bem como “neurolues” de “neurossífilis”.

<sup>38</sup> Além da paralisia geral progressiva, a tabes dorsalis, como veremos a seguir, também foi considerada uma doença independente antes que sua origem sífilítica fosse estabelecida. No entanto, acreditamos que alguns motivos contribuíram para a permanência do uso de suas denominações originais – “paralisia geral progressiva” e “tabes dorsalis” – entre eles o fato destas afecções apresentarem sintomas bastante distintos daqueles manifestados por sua real causa. Ambas também eram referidas através das designações mais genéricas, “afecções (de origem) sífilítica(s)” e “neurossífilis”.

<sup>39</sup> BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians’ narratives and interrogations. *op. cit.* p. 579.

<sup>40</sup> ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* pp. 858-859; KAPLAN, R. M. Syphilis, sex and psychiatry, 1789-1925: part I. *op. cit.* p. 19.

<sup>41</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 245-254; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.*; BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.*; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.*

<sup>42</sup> FACCHINETTI, C.; MUÑOZ, P. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro. *op. cit.*; VENÂNCIO, A. T. Ciência psiquiátrica e política assistencial. *op. cit.*; ENGEL, M. Os Delírios da Razão. *op. cit.*

No presente capítulo faremos um rápido percurso pelo processo de construção da paralisia geral como entidade nosológica autônoma e depois como enfermidade de origem sífilítica. Caracterizaremos, também de forma breve, o contexto no qual se encontrava o campo da medicina mental na virada do século XIX para o XX, enfatizando a tradição alemã nesta área do conhecimento, que tem especial importância para a tese central deste trabalho. Por fim, falaremos um pouco sobre as tentativas de aplicação das terapêuticas utilizadas tradicionalmente no tratamento das formas primárias de sífilis nos estágios mais avançados da doença. Assim, esperamos conseguir explicitar a relação que se estabeleceu entre a paralisia geral progressiva, a sífilis e os esforços de consolidação da psiquiatria enquanto *ciência médica*.

### **1.1 – Construindo uma enfermidade independente: o surgimento da paralisia geral progressiva como uma entidade nosológica autônoma**

Desde o século XVII médicos e outros estudiosos das doenças já faziam menção às manifestações que, no futuro, viriam a compor uma entidade nosológica distinta, chamada de demência paralítica ou paralisia geral progressiva (PGP). Durante os anos de 1820, a atenção dos alienistas franceses passou a se voltar, ao menos em parte, para um quadro clínico de perdas motoras generalizadas que atingia fração cada vez maior dos loucos internados nos diferentes asilos espalhados por aquele país. A condição se fazia evidente através do surgimento destes distúrbios motores, de problemas na fala, incontinência gástrica e urinária e incapacidade de engolir, sendo os pacientes mais avançados também acometidos por dores lancinantes em diferentes partes do corpo, que costumavam ser tomadas pela gangrena, deixando-os passos mais próximos de uma “morte sem dignidade”<sup>43</sup>. Conforme aumentava o número destes casos, crescia a curiosidade dos doutores franceses sobre a causa dos sintomas em questão. Figuras importantes do campo da medicina mental, em ascensão, como Jean-Étienne-Dominique Esquirol<sup>44</sup>, acreditavam que o quadro de paralisia era ocasionado por complicações derivadas de diferentes tipos de loucura, mais comumente da apoplexia e da epilepsia<sup>45</sup>. No entanto, discordava desta concepção um dos mais talentosos pupilos do

---

<sup>43</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 31; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 857; HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. *op. cit.* p. 595-597.

<sup>44</sup> Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840): psiquiatra francês formado em Montpellier; pupilo de Philippe Pinel; médico chefe do Hospital La Salpêtrière (1811); médico chefe da Maison Royale de Charenton (1825).

<sup>45</sup> Chama-se apoplexia o conjunto de sintomas mentais derivados da destruição de parte do tecido cerebral, causada pela interrupção da circulação sanguínea nesta área. A epilepsia, por sua vez, caracteriza-se por uma

famoso psiquiatra francês Royer-Collard<sup>46</sup>, Antoine-Laurent Bayle<sup>47</sup>. O jovem psiquiatra acreditava que os problemas de ordem motora eram apenas parte das manifestações de uma doença independente, que se caracterizaria por uma tríade de sintomas: monomania ambiciosa, paralisia progressiva generalizada e lesão cerebral típica de um distúrbio conhecido como aracnoidite crônica<sup>48</sup>.

Assim como a psiquiatria, encontrava-se em ascensão, neste período, outro campo médico, conhecido como anatomia patológica, que mais tarde seria apropriado pela medicina mental como uma ferramenta indispensável para a conquista de um de seus principais objetivos: consolidar-se enquanto ciência médica. Assim, como destaca Charles Rosenberg, a partir de sua consolidação, a tradição anatomopatológica endossou, no final do século XIX, uma nova maneira de enxergar, literalmente, as doenças e, conseqüentemente, de caracterizá-las<sup>49</sup>:

Interesses anteriores na descrição clínica [das enfermidades] e em patologia *post-mortem* articularam e disseminaram uma noção de doença baseada em lesões. No entanto, o final do século XIX assistiu uma intensificação nesta forma de pensar, que refletia a assimilação da teoria dos germes das doenças infecciosas e a gama de descobertas realizadas pelos laboratórios de fisiologistas e bioquímicos. A aceitação gradual da ideia de que microrganismos específicos constituíam a causa indispensável e determinante de entidades clínicas particulares parecia endossar a especificidade das doenças infecciosas. [...] O que também [contribuiu para a] reafirmação deste ponto de vista foi o crescente prestígio do que passamos a chamar de ciências biomédicas: histologia, bioquímica, fisiologia e farmacologia. [Essas novas áreas do conhecimento] compartilhavam uma

---

alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro, que se manifesta através de crises de ausência ou de convulsões.

<sup>46</sup> Antoine-Athanase Royer-Collard (1768-1825): psiquiatra francês formado na Faculdade de Medicina de Paris; fundou o periódico *Bibliothèque Médicale* (1803); médico chefe do Asilo de Charenton (1806); professor de Medicina Forense na Faculdade de Medicina de Paris (1816); nomeado para a primeira cadeira da disciplina de Medicina Mental (1819).

<sup>47</sup> Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858): estudou medicina em Paris, tornou-se estagiário de Royer-Collard no Charenton (1817); foi professor da Faculdade de Medicina de Paris (1826-1834) e diretor da revista *Biblioteca de Terapêutica* (1828-1837).

HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 857; HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. *op. cit.*; BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 372-373; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* pp. 6-8.

<sup>48</sup> Monomania ambiciosa: paranoia motivada por uma ideia única, fixa, no caso, a ambição por algo. A aracnoidite caracteriza-se por uma inflamação na aracnoide, membrana que protege os nervos da medula espinhal e do cérebro.

<sup>49</sup> ROSENBERG, C. E. Contested boundaries – psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*. Nova York, v. 49, n. 3, 2006, pp. 407-424, p. 411; BYNUM, W. F. Medicine in the laboratory. *In Science and the practice of medicine in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, pp. 92-117; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* pp. 858-859; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* pp. 23-27.



linguagem reducionista, antivitalista, orientada por mecanismos [específicos], que oferecia um conjunto aparentemente objetivo de ferramentas, procedimentos, modelos e dados que prometiam caracterizar as doenças de uma nova maneira, precisa, mensurável e portátil<sup>50</sup>.

O pupilo de Collard, comprometido, então, com os ideais da recém-surgida escola de anatomia patológica, chamava atenção não só para as manifestações sintomáticas físicas e mentais da doença, como também para as características morfofisiológicas encontradas no cérebro de cadáveres que teriam sido acometidos por este mal. É importante lembrar que de acordo com os paradigmas da medicina geral que encontravam-se em voga nesta época, o estabelecimento de uma relação de causa entre sintomas e lesões orgânicas constituía-se, a princípio, como argumento basilar para a defesa da teoria de uma enfermidade autônoma<sup>51</sup>.

No entanto, houve hesitação no recebimento das ideias de Bayle, e como elementos fundamentais do processo de produção do conhecimento, as discussões e, especialmente, as dissidências sobre as ideias do jovem psiquiatra explodiram após a publicação de seu primeiro trabalho, em 1822. Os debates mais acalorados encontravam-se em torno da natureza e incidência das lesões cerebrais. Étienne-Jean Georget<sup>52</sup>, por exemplo, não admitia que a doença fosse definida pelo que chamava de uma suposta lesão patológica. Para ele deveriam ser levadas em consideração apenas as manifestações clínicas dessa: a ocorrência de delírios específicos e o quadro de paralisia generalizada e progressiva<sup>53</sup>.

Esquirol continuava a acreditar que a doença descrita por Bayle não seria uma entidade independente, mas sim uma complicação derivada de outras afecções mentais. Juliet Hurn lembra, em seu trabalho sobre a história da paralisia geral progressiva na Grã-Bretanha, alguns dos elementos que poderiam justificar esta posição do psiquiatra. Em primeiro lugar,

---

<sup>50</sup> ROSENBERG, C. E. Contested boundaries – psychiatry, disease, and diagnosis. *op. cit.* p. 413. No original: “Earlier interest in clinical description and post-mortem pathology had articulated and disseminated a lesion-based notion of disease, but the late 19th century saw a hardening in this way of thinking, reflecting the assimilation of germ theories of infectious disease as well as a variety of findings from the laboratories of physiologists and biochemists. The gradual assimilation of the notion that specific microorganisms constituted the indispensable and determining cause of particular clinical entities seemed to endorse the specificity of infectious disease. [...] Also supportive of such views was the growing prestige of what we come to call the biomedical sciences: histology, biochemistry, physiology, and pharmacology. Collectively they spoke a reductionist, mechanism-oriented, and antivitalist language, providing a compelling and seemingly objective store of tools, procedures, models, and data that promised to delineate disease in a newly precise, measurable – and thus portable – terms.”. Tradução minha.

<sup>51</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 857; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* p. 5.

<sup>52</sup> Étienne-Jean Georget (1795-1828): psiquiatra francês formado em Paris; pupilo de Philippe Pinel e de Jean-Étienne-Dominique Esquirol; médico do Salpêtrière (1815).

<sup>53</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68; HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. *op. cit.* p. 595.

era comum que certos quadros de paralisia, a princípio, se manifestassem em diferentes doenças psiquiátricas, e, o conjunto de sintomas que Bayle chamou de *paralysie générale des aliènes*, segundo Esquirol, costumava aparecer de forma bastante tardia em pacientes crônicos. Além disso, o médico era adepto das terapias morais, não se simpatizando muito pelos princípios da psiquiatria organicista originalmente alemã<sup>54</sup>. Por fim, ele reprovava a ideia de se reduzir a categoria de “monomania ambiciosa”, criada por ele, a um mero sintoma da doença de Bayle<sup>55</sup>.

No entanto, um dos contemporâneos de Bayle, Louis-Florentin Calmeil<sup>56</sup>, foi mais generoso com as ideias de seu colega, considerando a entidade descrita como de fato independente, mas relutando em admitir que a lesão cerebral fosse uma de suas características definidoras, uma vez que, segundo Calmeil, ela não estava presente em todos os casos da suposta doença<sup>57</sup>. Assim, grande parte dos psiquiatras franceses encontrava-se relutante em criar uma nova entidade nosológica, como propunha Bayle, já que o quadro de paralisia física generalizada era, segundo alguns especialistas da área, a única observação recorrente e consistente em meio a outros dados bastante contraditórios. Juliet Hurn escreve que estas questões concernentes à delimitação da doença, foram apropriadas e discutidas também pelos médicos britânicos<sup>58</sup>. O primeiro deles a se interessar e produzir estudos massivos sobre a doença descrita por Bayle foi George Man Burrows<sup>59</sup>, que a batizou em inglês de *incomplete paralysis*. Durante os anos de 1830, através do número crescente de observações dos sintomas em questão em pacientes internados nas instituições das quais faziam parte, os doutores da Grã-Bretanha se familiarizavam com estas manifestações que viriam a conformar a nova

---

<sup>54</sup> As terapias morais, propostas inicialmente por Philippe Pinel, baseavam-se na ideia de que a cura para determinadas afecções mentais estaria na criação de um ambiente agradável para os doentes, no qual esses deveriam ser encorajados, incentivados e cuidados pelos médicos e funcionários dos asilos.

A psiquiatria organicista alemã é assim referida, porque seus princípios básicos se fundaram na tradição germânica, orientada pelo ensino universitário: “O prestígio da psiquiatria alemã florescia dos espaços universitários, para onde convergiam a criação de associações e revistas científicas. Nesse contexto o ensino e a pesquisa psiquiátricas eram dominantes”. Já o alienismo francês da primeira metade do século XIX estabelecia uma relação entre a prática científica e políticas assistenciais: “Nesse contexto, a clínica psiquiátrica foi edificada em conjunto com uma política assistencial asilar para os alienados, não cabendo ao campo dos avanços científicos, mas sim da problemática da assistência pública a construção de uma especialidade médica.”. VENÂNCIO, A. T. Ciência psiquiátrica e política assistencial. *op. cit.* p. 884.

<sup>55</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68; HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. *op. cit.* pp. 594-606; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* pp. 858-860.

<sup>56</sup> Louis-Florentin Calmeil (1798-1895): psiquiatra francês; assistente de Jean-Étienne-Dominique Esquirol em Charenton e mais tarde seu sucessor como diretor.

<sup>57</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68; HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. *op. cit.* pp. 594-606.

<sup>58</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68.

<sup>59</sup> George Man Burrows (1771-1846): psiquiatra inglês formado em Londres; fundador e editor do *London Medical Repository* (1814); abandonou a clínica geral e dedicou-se a cuidar de pacientes mentais em um pequeno asilo em Chelsea (1816), passou a atuar em um asilo maior, chamado *The Retreat*, em Clapham (1823).

enfermidade autônoma, já adotada por muitos como tal, e sob a designação de *general paralysis* ou *general paralysis of the insane*<sup>60</sup>.

Apesar do considerável número de casos na Grã-Bretanha, a proporção de vítimas da doença era, segundo Burrows, dez vezes maior na França, o que intrigava o especialista britânico. Ele acreditava que as condições pauperizadas das instituições francesas poderiam ser a causa desta disparidade, opinião que certamente ofendeu Esquirol. Ao se defender das concepções espinhosas do colega britânico, o psiquiatra francês declarou que, quando o primeiro e seus conterrâneos conseguissem, deveras, distinguir os sintomas da paralisia (que consistia, na opinião dos dois médicos, em uma complicação de diversas formas de insanidade), encontrariam tantos paralíticos em Londres quanto em Paris<sup>61</sup>. De fato, era complicado fazer o diagnóstico preciso de uma doença cuja descrição ainda suscitava algumas controvérsias, e muitos médicos tinham problemas para reconhecer os casos de paralisia geral progressiva. Assim sendo, enquanto os psiquiatras encontravam-se em contato constante com a PGP e, a princípio, tinham fácil acesso aos estudos publicados sobre ela, a mesma permanecia uma entidade praticamente desconhecida de outras áreas da medicina, aspecto que, segundo Hurn, evidencia ainda mais a situação insular da psiquiatria em relação às demais áreas médicas<sup>62</sup>.

Ao longo de todo o século XIX continuaram os debates sobre a caracterização da paralisia geral progressiva, sendo seu reconhecimento como uma enfermidade autônoma um processo contínuo, que levaria alguns anos para consolidar-se. Mas por que muitos psiquiatras, em diferentes lugares do mundo, investiram tanto na empreitada de construir este conjunto de sintomas como uma doença autônoma? Tal qual mencionado anteriormente, durante um longo período da história da psiquiatria, as doenças, os tratamentos e os recursos que se encontravam em sua alçada não eram orientados pelos mesmos paradigmas que muitos dos objetos e ferramentas dos quais dispunham as demais especialidades médicas. Muitos desses recursos consolidaram-se ao longo do século XIX e início do século XX, a partir do desenvolvimento dos campos da anatomia patológica, da microscopia e, mais tarde, da bacteriologia, da imunologia, entre outros<sup>63</sup>.

---

<sup>60</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68.

<sup>61</sup> *Ibidem.*

<sup>62</sup> *Ibidem.*

<sup>63</sup> BENCHIMOL, J. L. Febre amarela e a Institucionalização da microbiologia no Brasil. In HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Orgs.). *Cuidar, Controlar, Curar. Ensaios históricos sobre a saúde e a doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 57-97; FLECK, L. Como surgiu o conceito atual de sífilis. In *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2009, pp. 39-60; BYNUM, W. F. Medicine in the laboratory. *op. cit.* pp. 92-117.

Como já citado, a anatomia patológica caracterizava-se como um campo em ascensão e uma ferramenta que ganhava cada vez mais prestígio científico, devido aos avanços teóricos e metodológicos ocorrido nessa área do conhecimento. Assim, a definição de lesões encontradas no tecido cerebral e a relação dessas com os sintomas clínicos observados constituía, para os padrões da época, um critério de cientificidade capaz de conferir à PGP o estatuto de doença específica e autônoma. Dessa forma, podemos compreender porque grande parte das discussões relativas à demência paralítica estava ligada à natureza e às características das lesões encontradas no tecido cerebral, bem como ao estabelecimento da relação entre essas e os sintomas clínicos (físicos e mentais) manifestados<sup>64</sup>. Alguns médicos franceses, por exemplo, argumentavam que esta relação entre os danos no tecido cerebral e os sintomas de paralisia generalizada constituía-se como evidência suficiente para suportar suas concepções de afecção independente<sup>65</sup>.

No entanto, para outros psiquiatras, como o inglês Thomas Harrington Tuke<sup>66</sup>, as características orgânicas da desordem não seriam específicas o suficiente para honrar a demanda pela descrição de uma doença autônoma. Assim, Tuke acreditava que a microscopia e a química constituíam-se como as ferramentas-chave para a resolução do problema em questão, o que logo se mostrou uma ideia equivocada, pois estes recursos não forneceram as evidências necessárias para o convencimento da existência de tal entidade, pelo menos não naquele momento. Assim, no final do século XIX duas principais teorias sobre a natureza das lesões eram fortemente debatidas: a primeira, especialmente cara aos franceses, postulava que uma inflamação primária seria a causa dos problemas de nutrição e circulação ocorridos no tecido do córtex cerebral. A outra, com a qual simpatizavam-se mais os alemães, presumia que a hipertrofia dos vasos sanguíneos do tecido cerebral levaria a uma isquemia, posterior inflamação, crescimento exagerado do tecido conjuntivo e, finalmente, à destruição das fibras nervosas<sup>67</sup>.

---

<sup>64</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* pp. 857-860; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* pp. 23-27.

<sup>65</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* pp. 857-860.

<sup>66</sup> Thomas Harrington Tuke (1826-1888): foi estagiário de John Conolly; dirigiu o asilo de Chiswick, que pertencia a sua família, quando seu pai, Edward Tuke, faleceu, em 1844; foi o primeiro a introduzir a alimentação nasal em pacientes mentais; ocupou o cargo de secretário e presidente da Associação Médico-Psicológica; esteve envolvido em atividades parlamentares que visavam à modificação das leis que diziam respeito aos pacientes internados em asilos.

<sup>67</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68; HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. *op. cit.* pp. 594-606.

Ao longo do tempo, conforme se desenvolviam os estudos sobre a paralisia geral progressiva e apesar dos debates e discordâncias acerca das proposições de Antoine Bayle, estabeleceu-se entre os profissionais que lidavam com suas vítimas um consenso sobre o conjunto de suas principais características e sintomas, a saber: demonstrações de diferentes formas de insanidade; problemas de articulação da fala; tremores nos lábios e na língua e paralisia progressiva generalizada dos músculos. Esses indícios traziam consigo a certeza de que, uma vez apresentados, o paciente não gozaria de muitos anos de vida. Edward Brown lembra que o fato da PGP possuir um desenvolvimento sistemático e que levava a um destino fatal foram elementos especialmente importantes e até decisivos para que muitos médicos admitissem este conjunto de sinais como representantes de uma enfermidade independente<sup>68</sup>.

Porém, alguns médicos admitiam a variabilidade dos sintomas psíquicos da doença e, frente à consistência aparente dos sintomas físicos, os primeiros começaram logo a ser alvo de críticas. A partir de 1840, a centralidade dos sintomas mentais passou a ser questionada por alguns doutores. Muitos deles acreditavam na existência de casos da doença sem que se fizessem presentes os distúrbios psíquicos e, logo, o psiquiatra francês Scipion Pinel propôs a divisão da paralisia geral progressiva entre os tipos “complicada”, na qual existiriam tais manifestações e “simples”, onde elas estariam ausentes, dessa forma, os alienistas cuidariam apenas dos casos complicados<sup>69</sup>. Por parte dos psiquiatras britânicos, esta sugestão foi rejeitada. Tuke, por exemplo, sabia o quão importante era manter a loucura como um dos sintomas centrais da PGP e alegava ser impossível se estabelecer de forma confiável em cada caso se o sintoma em questão se fez presente em algum momento ou não<sup>70</sup>.

Dessa forma, para que a doença permanecesse como objeto exclusivo do ascendente campo da psiquiatria, e contribuindo para sua legitimação, era interessante que se afirmasse a *identidade* da paralisia geral progressiva exatamente a partir da manifestação das suas feições de natureza dupla: “A PGP apresentava características físicas e mentais em conjunto: a unidade da doença evidenciava, portanto, que o mesmo processo patológico produzia ambas – [e que essas] encontravam-se inseparavelmente conectadas.”<sup>71</sup>. Este perfil, tão específico, permitia que se estabelecessem, ao mesmo tempo, duas evidências em favor da autonomização e ampliação do espectro de intervenção do campo da psiquiatria: que na alçada da área do conhecimento em questão poderiam ser encontradas, sim, entidades

---

<sup>68</sup> BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 372.

<sup>69</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68.

<sup>70</sup> *Ibidem.*

<sup>71</sup> *Ibidem.* p. 41.

nosológicas que se encaixavam nos padrões daquelas dignas de serem estudadas e tratadas de forma científica. Porém, estas atividades deveriam ser desempenhadas apenas por profissionais especializados, demanda essa que certamente ampliava o papel profissional e social dos médicos psiquiatras, uma vez que a paralisia geral progressiva constituía-se como uma das principais causas de superlotação dos asilos ao longo do tempo, e posteriormente, seria correlacionada, em diferentes países, com uma questão de saúde pública: a sífilis<sup>72</sup>.

Segundo alguns autores, entre eles Juliet Hurn, a doença de características tanto físicas como mentais abriu mais uma porta para o campo da medicina mental: “Os interesses nos sintomas físicos, e o uso de técnicas da neurologia para investiga-las, se difundiram em meio à pesquisa psiquiátrica dos anos 1840 – ainda que estas ferramentas não fossem introduzidas na prática asilar até os anos 1890.”<sup>73</sup>. Experimentos feitos na década de 1850 mostraram que a restrição motora da qual eram vítimas os doentes paralíticos – esses só conseguiam mover seus membros em momentos de *stress* – estava ligada não a uma mera paralisia periférica, mas à perda da capacidade cerebral de enviar os estímulos de movimento. Assim, ferramentas experimentais forneciam mais uma prova de que o mental e o físico constituíam-se em uma unidade<sup>74</sup>. Porém, o aparecimento de uma enfermidade batizada de *tabes dorsalis* caracterizou-se como um obstáculo que perturbava o delineamento do perfil da paralisia geral progressiva enquanto doença que tinha o cérebro como alvo central. A *tabes dorsalis* adentrou no cenário médico durante os anos de 1840 como produto de estudos conduzidos por cientistas alemães que se interessavam cada vez mais pela área da neurologia. Inserida em um grupo de doenças que apresentavam sintomas na coluna espinhal – classificadas de forma geral como *tabes* – a nova afecção possuía duas características similares à PGP: desordens de movimento muito próximas, que afetavam os nervos craniais, e uma evolução progressiva fatal<sup>75</sup>.

---

<sup>72</sup> BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 371-377; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68.; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* pp. 23-27; TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 245-251; BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 581.

<sup>73</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 56; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* pp. 23-27.

<sup>74</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68.

<sup>75</sup> *Ibidem*.

Durante os anos 1860, o psiquiatra alemão Carl Friedrich Otto Westphal<sup>76</sup> sugeriu que haveria relação entre ambas enfermidades, já que tinha observado um tipo de tabes dorsalis que apresentava sintomas de insanidade, como aqueles típicos da paralisia geral. Até então, a relação da PGP com problemas na coluna espinhal dos doentes, apesar de mencionadas em parte da literatura, não havia sido muito bem analisada. Alguns psiquiatras encaravam-na como outra evidência de que a paralisia geral era ocasionada por um déficit de nutrição do sistema nervoso como um todo, e que os sintomas na coluna seriam mais uma consequência desse problema. No entanto, certos médicos, incluindo Westphal, diziam ter estado em contato com dois tipos de pacientes, um nos quais os sintomas mentais se manifestavam antes, e outro nos quais isto ocorria com os sintomas espinhais. Assim, muitos doutores acreditavam que ambas as doenças constituíam apenas uma afecção e que não fazia sentido separá-las como duas entidades distintas. Esta concepção solapava a ideia defendida por muitos alienistas de que o cérebro era o primeiro órgão a ser afetado na PGP, e que os danos ocorridos neste “centro” é que seriam a causa dos sintomas físicos e de insanidade da dessa doença<sup>77</sup>. No entanto, segundo George Rosen, anos mais tarde o próprio Westphal destacou que o reflexo do tendão patelar caracterizava-se como uma manifestação observada apenas na PGP, encontrando-se ausente em doentes de tabes dorsalis. Assim, encontrou-se uma nova maneira de diferenciar ambas as afecções. O autor acrescenta ainda que, na década de 1880, além dos sintomas clínicos da tabes e da demência paralítica (já melhor definidos), também eram levados em consideração para o diagnóstico dados histopatológicos acumulados ao longo destes anos:

Enquanto as opiniões sobre a natureza das mudanças histopatológicas permaneceram divididas por muitas décadas, estabeleceu-se a causa física da paralisia geral. Estes estudos encontraram seu clímax na descrição das mudanças microscópicas no cérebro de paralíticos, elaborada por Alzheimer em 1904<sup>78</sup>.

Assim, como coloca Rosen, a anatomopatologia, além de conceder evidências mais precisas sobre a patogênese da paralisia geral progressiva, também espelhou uma série de mudanças no estudo das doenças, de forma mais geral; mudanças essas, que apontavam o caminho do laboratório. Durante o terceiro quartel do século XIX, as pesquisas de Louis

---

<sup>76</sup> Carl Friedrich Otto Westphal (1833-1890): psiquiatra e neurologista alemão; trabalhou no *Berlin Charité*; foi assistente de Wilhelm Griesinger e Karl Wilhelm Ideler; foi professor associado e instrutor clínico do departamento de doenças mentais e nervosas nesta mesma instituição (1869).

<sup>77</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 27-68.

<sup>78</sup> ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 858.

Pasteur e de outros cientistas, como Robert Koch, estabeleceram um novo paradigma sobre a causa de determinadas doenças que, passariam a ser atribuídas a certos microrganismos. Assim, os princípios do recém-surgido campo a bacteriologia forneceram nova orientação para os estudos cujo foco seria uma série de enfermidades que assolavam diferentes lugares do mundo, como a tuberculose e a difteria. Porém, as afecções mentais não se “encaixavam” bem nestes novos postulados, pois careciam de uma origem palpável e de uma relação com lesões orgânicas. Ou seja, entre suas causas não se encontravam, a princípio, seres microscópicos ou qualquer elemento externo capazes de causarem danos aos órgãos do corpo humano, que seriam, ao fim, responsáveis pelos distúrbios clínicos observados. Desta forma, muitos médicos, e especialmente aqueles pertencentes a outras áreas da medicina, consideravam os princípios das etiologias mentais como vagos, ambíguos e até metafísicos, carentes de bases científicas<sup>79</sup>.

Além disso, enquanto desenvolviam-se os recursos de diagnóstico laboratoriais, os psiquiatras faziam uso apenas daqueles mais tradicionais, como a observação de seus pacientes e de seus velhos questionários e entrevistas, considerados por muitos como imprecisos; afinal, o que era entrevistar uma pessoa que não dispunha plenamente de suas faculdades mentais? Ou fazer com que ela respondesse a perguntas, muitas vezes ambíguas e amplas demais, em um papel? O médico encontrar-se-ia em uma posição vulnerável, passível de ser enganado facilmente por seu paciente<sup>80</sup>. Por fim, a falta de eficácia dos tratamentos disponíveis para as doenças mentais, e também do consenso sobre os princípios a serem seguidos na tentativa de desenvolver novas alternativas terapêuticas distanciavam ainda mais a psiquiatria de outras especialidades médicas.

No entanto, em princípios do século XX, diferentes eventos ocorridos exatamente neste espaço de produção do conhecimento, o laboratório, foram responsáveis pelo esclarecimento da etiologia da PGP, causa essa que seria estabilizada no interior do paradigma bacteriológico<sup>81</sup>.

---

<sup>79</sup> ROXO, Henrique. Prefácio. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921, pp. 7-10; FACHINNETI, C. & MUÑOZ, P. F. N. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro. *op. cit.*; CAPONI, S. *Loucos e Degenerados – uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012; MARX, O. M. The beginning of psychiatric historiography in nineteenth-century Germany. In PORTER, R. & MICALE, M. S. *Discovering the History of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 1994, pp. 39-52.

<sup>80</sup> ROXO, Henrique. Prefácio. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921.

<sup>81</sup> *Ibidem*.



## 1.2 – Relacionando duas moléstias: a etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva

Entre o final do século XIX e início do século XX a paralisia geral progressiva foi paulatinamente assumindo a conotação de problema de saúde pública em todo o ocidente ao ser associada à sífilis<sup>82</sup>. Os estudos que estimam a porcentagem de indivíduos que tinham ou viriam a contrair sífilis na Europa e nos Estados Unidos, na virada do século XIX para o XX, fornecem números em torno de 5% a 20%<sup>83</sup>. Já as estatísticas empenhadas em demonstrar o número de sífilíticos que se tornariam paralíticos nesta mesma época acusam porcentagens entre 5% e 10%<sup>84</sup>. Em 1914, a PGP era apontada como a oitava causa de mortes entre as enfermidades infecciosas<sup>85</sup>. Superintendentes e médicos chefes de diferentes instituições psiquiátricas reportavam uma superlotação dos asilos provocada pelo aumento de casos da doença. Nos Estados Unidos, por volta dos anos 1920, a paralisia geral progressiva acometia 20% dos homens admitidos pela primeira vez no *Patton State Hospital*, no estado de Nova York<sup>86</sup>.

A inferioridade numérica de mulheres atingidas pela doença – a princípio cerca de um terço da taxa dos homens – era uma observação dos psiquiatras. Segundo Juliet Hurn, certos médicos britânicos acreditavam que os indivíduos do sexo masculino teriam sido vitimados pela PGP por conta de estresses e aflições mentais, derivadas de frustrações típicas de um homem de família do século XIX, entre seus 40 e 50 anos e no auge de sua carreira profissional. A saber, preocupações ou fracassos nos negócios, separação matrimonial, desemprego, dívidas e luto. A autora chama atenção para o fato de que, apesar dessas também serem consideradas causas de outras desordens mentais, problemas com o trabalho e os negócios eram mais comum e especificamente atribuídos à paralisia geral. Por volta de 1880, enquanto 59% dos casos da doença eram relacionados a tais complicações econômicas, sociais e emocionais, tipicamente masculinas, apenas 10% dos casos de outras doenças mentais tinham como causa apontada estes mesmos problemas<sup>87</sup>. Segundo Hurn, a construção

---

<sup>82</sup> *Ibidem*, p. 860; BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 375; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* p. 6; KAPLAN, R. M. Syphilis, sex and psychiatry, 1789-1925: part 1. *op. cit.* p. 18; KAPLAN, R. M. Syphilis, sex and psychiatry, 1789-1925: part 2. *Australasian Psychiatry*, Melbourne, v. 18, n. 1, 2010, pp. 22-27, pp. 20-23.

<sup>83</sup> KAPLAN, R. M. Syphilis, sex and psychiatry, 1789-1925: part 2. *op. cit.* p. 23.

<sup>84</sup> BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 375.

<sup>85</sup> *Ibidem*.

<sup>86</sup> BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 593.

<sup>87</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 76.

de um perfil bastante peculiar e específico para os homens acometidos pela doença contribuiu muito para a criação de um estereótipo do indivíduo paráltico: um homem de família, trabalhador, cujo vigor físico estava sendo prejudicado por esta enfermidade tão cruel<sup>88</sup>.

A doença mostrava-se rara nas mulheres e tais casos não eram atribuídos às mesmas causas responsáveis pela vitimização de homens: “As mulheres [...] não tinham propensão à PGP, porque não eram sujeitadas às esperanças e decepções de uma vida intensa.”<sup>89</sup>. As pacientes parálticas eram descritas como depressivas que manifestavam leve demência e uma forma branda de mania de grandeza, caracterização essa diametralmente oposta àquela atribuída aos homens: a manifestação de sentimentos de ambição, de voluptuosidade, de “animalismo exagerado”, sensualidade e capacidade de persuasão descomedidos etc<sup>90</sup>.

No final dos anos de 1850, alguns médicos começavam a especular sobre a etiologia sífilítica tanto da *tabes dorsalis* quanto da paralisia geral progressiva, ideia que, se aceita de forma generalizada, constituir-se-ia como um novo argumento para que ambas as afecções fossem transformadas em uma só. No entanto, até o período no qual essa concepção passou a ser admitida de forma ampla, causas sociais como alcoolismo, temperamento patológico (ciúmes e paixões exacerbadas), atividade intelectual intensiva, comportamento luxurioso, luto, pena etc eram atribuídas à PGP por diferentes psiquiatras, como Emil Kraepelin, Ernst Rüdin, Richard von Krafft-Ebing, entre outros, especialmente influenciados pela teoria da degeneração publicada por Morel em 1857<sup>91</sup>.

Vinte anos antes, o venereologista americano radicado na França Philippe Ricord<sup>92</sup> reportava um aumento expressivo nos casos de sífilis, doença essa já diferenciada, por ele, da

---

<sup>88</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 69-134.

<sup>89</sup> *Ibidem.* p. 83.

<sup>90</sup> *Ibidem.* pp. 69-70.

<sup>91</sup> BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 580; CAPONI, S. A Teoria da Degeneração de Morel e a Emergência da Psiquiatria Ampliada. In *Loucos e Degenerados – uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, pp. 81-98; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 860; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* pp. 20-23.

Ernst Rüdin (1874-1952): psiquiatra, eugenista suíço que viveu a maior parte de sua vida na Alemanha. Trabalhou como assistente de Eugene Bleuler (médico que criou o termo “esquizofrenia”) e de Emil Kraepelin (1908); sucessor de Alois Alzheimer tornou-se professor e médico sênior no Hospital Psiquiátrico de Munique (1909); cunhado de Alfred Ploetz foi partidário das teorias da degeneração e dos princípios da higiene racial.

Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840-1902): psiquiatra alemão; formado pela Universidade de Heidelberg; tornou-se professor de psiquiatria em Estrasburgo (1872); trabalhou com assuntos como criminologia e patologia sexual, dedicando grandes esforços a este último e publicando em 1886 o livro intitulado *Psychopathia Sexualis*. Para mais informações sobre a teoria da degeneração ver: CAPONI, S. *Loucos e Degenerados*. *op. cit.*; HACKING, I. *Múltipla personalidade*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

<sup>92</sup> Philippe Ricord: americano radicado na França; graduou-se em 1826 no Hospital Pitié-Salpêtrière; especializou-se em venereologia e foi chefe do hospital para doenças venéreas Midi; em 1838 demonstrou que sífilis e gonorreia eram doenças diferentes.

gonorreia, e, pelo francês Léon Basset, do cancro mole<sup>93</sup>. Ricord identificava três estágios da enfermidade: o primário, o secundário e o terciário, sendo este último caracterizado pela presença de lesões significativas nos tecidos cerebrais, mais comumente nas meninges, e cujas consequências seriam paralisia, hemiplegia, danos nos nervos cranianos e convulsões<sup>94</sup>. Concomitantemente às observações realizadas por Ricord, “pipocavam” na literatura especializada sobre o tema, uma série de casos identificados como de “sífilis cerebral”; casos esses que apresentavam os sintomas descritos por ele. A partir deste momento, alguns médicos já cogitavam a sífilis como uma das possíveis causas da PGP, mas não a principal delas<sup>95</sup>.

É importante lembrar que até pelo menos o início do século XX fornecer um diagnóstico seguro da sífilis não era tarefa fácil. Em primeiro lugar, a caracterização, designação e sintomatologia da entidade nosológica que hoje conhecemos com este nome sofreram mudanças significativas ao longo do tempo. No final do século XV, por exemplo, a sífilis confundia-se com diversas outras doenças epidêmicas que apresentavam sintomas similares aos dela<sup>96</sup>. Em outras palavras, o que atualmente chamamos de sífilis constituiu, por muito tempo, uma entidade nosológica mais ampla do que aquela que conhecemos hoje, que somente ao longo dos séculos XIX e XX fora decomposta em diferentes enfermidades, como a gonorreia, a varíola, as micoses de pele, a lepra, a escabiose, a tuberculose cutânea etc. Dessa forma, no momento em questão, estes processos de “separação” encontravam-se em curso, assim como os esforços em direção ao estabelecimento de um diagnóstico confiável para a sífilis, a saber, o desenvolvimento de diferentes reações sorológicas, a primeira e mais famosa delas, a reação de Wassermann<sup>97</sup>; e aqueles empenhados em conhecer melhor as características, possíveis causas e sintomas da doença, procurando propor tratamentos mais promissores ou eficazes<sup>98</sup>.

No entanto, mesmo com toda a movimentação que acompanhava os estudos, especialmente no terreno do diagnóstico, os sintomas desta afecção ainda podiam ser bastante sutis, amplos e diversos, o que certamente dificultava seu reconhecimento. Dessa forma, frente à turbidez do quadro, uma das estratégias à qual ainda recorriam muitos médicos era a

---

<sup>93</sup> CARRARA, S. As Mil Máscaras da Sífilis. In *Tributo a Vênus – a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, pp. 25-74; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 69-134.

<sup>94</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 69-134.

<sup>95</sup> *Ibidem*.

<sup>96</sup> FLECK, L. Como surgiu o conceito atual de sífilis. *op. cit.* pp. 39-60.

<sup>97</sup> *Ibidem*; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 69-134.

<sup>98</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191.

observação da resposta do paciente a terapias específicas aplicadas contra a doença. Desde o século XVI, até meados do XX, o mercúrio caracterizou-se como o protagonista da terapêutica da sífilis e, por algum tempo, acreditou-se, que este metal seria um indicador da presença desta afecção: se fosse observada melhora nos sintomas depois da administração de compostos elaborados com ele, estava caracterizado um caso de sífilis. Porém, é importante mencionar que havia pacientes que não respondiam ao tratamento por questões orgânicas individuais, ou por não portarem sífilis, mas sim outra doença com sintomas similares aos dessa<sup>99</sup>.

Conforme se desenrolavam no campo médico esses debates acerca do diagnóstico e caracterização da sífilis, alguns doutores já se convenciam de que a enfermidade seria a causa da paralisia geral progressiva. Em 1857, e coincidentemente no mesmo ano de publicação do *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de L'espèce Humaine* de Morel, os médicos escandinavos Friedrich Esmarch e Peter Willers Jessen<sup>100</sup> se atentaram para o grande número de doentes acometidos concomitantemente pela sífilis e pela paralisia geral progressiva, no asilo de Hornheim, na região de Schleswig, que pertencia à Dinamarca naquele momento. Ambos sugeriram que a sífilis seria a causa essencial da paralisia geral progressiva, mas optaram por não serem categóricos em suas conclusões, já que suas evidências estatísticas poderiam ser facilmente questionadas. No entanto, ainda assim, Esmarch e Jessen criticaram uma ideia da qual eram partidários alguns médicos, especialmente sifilógrafos, na época: a definição terapêutica de sífilis, alegando que o fato dos paralíticos não responderem ao tratamento para esta doença não significava que os mesmos não a possuíssem<sup>101</sup>.

No ano de 1860, o chefe do hospital dinamarquês Saint Hans, Valdemar E. Steenberg publicou sua tese de doutoramento sobre as manifestações nervosas da sífilis. Em seu trabalho, Steenberg analisou 29 cadáveres de sifilíticos cerebrais e 89 prontuários de casos da mesma doença, procurando elucidar questões sobre sua causa. A partir das conclusões

---

<sup>99</sup> *Ibidem*; FLECK, L. Como surgiu o conceito atual de sífilis. *op. cit.* pp. 39-44.

<sup>100</sup> Johannes Friedrich August von Esmarch (1823-1908): cirurgião alemão; estudou em Kiel e Göttingen; especializado em cirurgia militar; tornou-se diretor de cirurgia clínica em Kiel (1854); diretor do hospital geral e professor da universidade localizada nessa cidade (1857); foi nomeado como cirurgião geral do exército durante a guerra Franco-Pussiana e depois cirurgião no hospital militar perto de Berlim; desenvolveu a Bandagem de Esmarch, uma espécie de torniquete de grande utilidade nos *fronts* de batalha.

Peter Willers Jessen (1793-1875): psiquiatra alemão; estudou na Universidade de Göttingen; trabalhou no recém-inaugurado Hospital Mental de Schleswig; tornou-se Professor Titular em Kiel (1833); fundou um hospital psiquiátrico particular em nessa cidade (1845).

<sup>101</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 69-134; KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* pp. 473-476; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 860.

obtidas, o médico dinamarquês tornou-se adepto das ideias de Jessen e Esmarch, e rejeitou as demais hipóteses que colocavam como eventuais causas da paralisia geral progressiva a hereditariedade, o clima, o alcoolismo etc. Para Steenberg, essas ideias eram vagas e não excluía a sífilis como uma também possível causa da PGP<sup>102</sup>. Assim como os demais adeptos da etiologia sífilítica da paralisia, Steenberg foi criticado e sua ideia rejeitada por muitos de seus pares. Ao longo da segunda metade do século XIX, outros médicos de diferentes nacionalidades defenderam a etiologia sífilítica da PGP através da produção de estatísticas, como o também dinamarquês Christian Magdalu Jepsen, o sueco Gustav Kjellberg, o norueguês Ole R. A. Sandberg e o alemão Theodor Simon. Assim, os números que buscavam evidenciar a relação entre a sífilis e a paralisia geral progressiva continuaram a ser produzidos em diferentes países, durante os anos de 1860 e 1870. Juliet Hurn destaca, no entanto, que os estudos conduzidos direcionavam os holofotes para as estatísticas *clínicas* da correlação sífilis-PGP, deixando as evidências patológicas um pouco de lado<sup>103</sup>.

Apesar de haver variação nos resultados destes estudos, muitos deles indicavam um percentual entre 80% e 90% de paráliticos que também eram acometidos pela sífilis<sup>104</sup>. Na Grã-Bretanha, esta proposta obteve atenção apenas na década de 1880, já que, de acordo com Hurn, as condições precárias das instituições britânicas impediam que se desenvolvessem pesquisas mais sofisticadas. Os médicos que atuavam em asilos localizados em cidades maiores, como Londres, Berlin e Paris, lidavam com um número muito grande de pacientes e/ou dispunham de recursos financeiros muito reduzidos. No caso inglês, por exemplo, havia ainda hospitais que proibiam o desenvolvimento de estudos deste gênero. Outra limitação encerrava-se no fato de que pacientes debilitados do ponto de vista mental não se constituíam como fontes muito confiáveis de informação sobre seu passado médico, e a colaboração de familiares, neste sentido, não era muito frequente. Além disso, uma doença cujo estabelecimento do diagnóstico representava dificuldade mesmo para médicos especialistas não seria facilmente reconhecida pelos enfermos, mesmo por aqueles indivíduos que, a princípio, se encontravam mentalmente sãos. Por fim, havia as questões de constrangimento que envolviam um diagnóstico de sífilis e, entre as mulheres, eram comuns casos nos quais se omitia carregar tal moléstia<sup>105</sup>.

---

<sup>102</sup> KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* pp. 473-476.

<sup>103</sup> *Ibidem.* p. 475; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 69-134.

<sup>104</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 95.

<sup>105</sup> *Ibidem.* pp. 69-134; KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* pp. 474.

Até aqui, pudemos perceber que, não coincidentemente, muita discussão ainda cercava a forma de reconhecer a PGP e a sífilis, o que dificultava atribuir a segunda como causa da primeira. Apesar dos diferentes estudos conduzidos na tentativa de provar esta hipótese, faltavam ainda evidências físicas que indicassem essa relação, já que as lesões observadas nos paralíticos não podiam ser consideradas especificamente sifilíticas e esses não respondiam ao mercúrio. Eleitos por muitos doutores como meio de dirimir esta aparente contradição, os métodos estatísticos eram utilizados como ferramenta na tentativa de aproximar ambas as enfermidades, e, neste papel, acabaram por impulsionar a reformulação do conceito de sífilis durante as duas últimas décadas do século XIX<sup>106</sup>, reformulação essa encabeçada pelo dermatologista francês, aluno favorito de Philippe Ricord, Jean Alfred Fournier<sup>107</sup>.

Fournier dedicou sua carreira médica ao estudo das doenças venéreas, especialmente da sífilis, engajando-se em campanhas de saúde pública em combate a essa na França, ficando conhecido e sendo respeitado em todo o ocidente. A princípio o francês não acreditou muito na relação entre a doença e a paralisia geral progressiva, alegando que muitas das observações feitas pelos adeptos de tal teoria não passavam de casos de sífilis terciária, cujos sintomas eram muito parecidos com aqueles manifestados pela PGP e que chamou de “pseudo-paralisia geral de origem sifilítica”<sup>108</sup>. Segundo ele, a presença da pseudo-paralisia geral de origem sifilítica podia ser facilmente percebida através da observação da melhora destes pacientes a partir da administração da medicação antissifilítica, os já mencionados compostos mercuriais, neste momento, já utilizados de forma combinada com substâncias desenvolvidas a partir do iodeto de potássio<sup>109</sup>.

Nos anos seguintes, o médico francês direcionou sua atenção para a hereditariedade da sífilis. No entanto, e mais uma vez, a concepção de que esta afecção poderia ser passada de uma mãe infectada para seu bebê também já era antiga. Segundo Juliet Hurn, os estudos sobre a hereditariedade da doença tiveram papel decisivo no processo de mudança de opinião sobre a etiologia sifilítica da PGP por parte de Fournier<sup>110</sup>. Durante os anos de 1880 e 1890, o

---

<sup>106</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 96.

<sup>107</sup> Alfred Fournier (1832-1914): dermatologista francês especializado em doenças venéreas que forneceu grandes contribuições para os estudos da sífilis congênita; foi interno de Philippe Ricord no *Hôpital du Midi*; tornou-se médico da instituição em 1863; foi designado médico-chefe do Hospital de Saint-Louis em 1876 e membro da Academia de Medicina em 1880.

<sup>108</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 100.

<sup>109</sup> *Ibidem.* pp. 69-134; BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 374.

<sup>110</sup> Para mais informações sobre os estudos de Fournier sobre a hereditariedade da sífilis ver HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 96-107; CARRARA, S. As Mil Máscaras da Sífilis. *op. cit.* pp. 25-74. Esta discussão não será abordada no presente trabalho, no entanto, é importante destacar que o que os médicos chamavam de “hereditário” na época seria “congênito” atualmente.

médico francês observou cerca de 50 mil pacientes sífilíticos, e coletou dados que podiam relacionar a PGP à sífilis de forma estatisticamente consistente, segundo ele. A partir de suas últimas constatações, Fournier passou a acreditar ser possível provar que, diferentemente das parcelas de pacientes mentais acometidos por outras doenças, entre 50% e 92% dos paralíticos gerais haviam sofrido de sífilis<sup>111</sup>.

Em seu polêmico trabalho, publicado em 1894, o sífilógrafo francês admite a lues não somente como um dos fatores desencadeadores da paralisia geral, mas como o *principal* deles. Mesmo com dados volumosos em mãos, Fournier encontrou resistência para suas novas ideias por parte de alguns de seus pares, esbarrando em um argumento similar àquele utilizado por ele anos antes, quando não acreditava na relação entre as duas doenças: se a paralisia geral progressiva fosse causada por uma infecção sífilítica, por que, então, os paralíticos gerais não respondiam aos tratamentos destinados à sífilis que, a princípio, se mostravam eficazes em outros casos de manifestações nervosas desta doença? Na tentativa de contornar este problema, Fournier criou o conceito de “parassífilis” para designar um grupo de distúrbios de origem sífilítica que incluía, além da PGP, a *tabes dorsalis*, a *neurastenia*<sup>112</sup> e a *atrofia do nervo óptico*<sup>113</sup>. Segundo ele, estas desordens se constituiriam como *sequelas* de uma infecção sífilítica, deixadas em certos indivíduos acometidos pela doença<sup>114</sup>.

Dessa forma, um dos maiores opositores das pesquisas escandinavas havia se rendido aos números e agora produzia seus próprios estudos, com o mesmo perfil. Mas quais seriam os motivos para que a estatística conquistasse a confiança do médico? De acordo com Juliet Hurn, Fournier era um clínico pouco interessado na medicina de laboratório, e acreditava que as observações numéricas seriam suficientes para conduzi-lo à verdade científica. Segundo ela, nos trabalhos publicados pelo francês, é frequente a retórica que enaltece os recursos desse gênero utilizados por ele para provar suas hipóteses. No entanto, mesmo assim, o conceito de parassífilis não teve, no meio médico, a aceitação que pretendia Fournier, sendo

---

<sup>111</sup> BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 374-375; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 69-134.

<sup>112</sup> Neurastenia: termo utilizado pela primeira vez, em 1869, pelo neurologista norte-americano George Miller Beard; caracteriza-se por um quadro de extrema exaustão física e mental, nervosismo e sensibilidade aumentadas, fraqueza etc. Constituíam-se como um diagnóstico comum no século XIX, seu tratamento era realizado através de alimentação reforçada, banhos frios e atividades ao ar livre.

<sup>113</sup> Atrofia do nervo óptico: perda de fibras do nervo óptico que pode levar à perda da visão. Sua causa pode ser hereditária (mutação no genoma mitocondrial, passada pela mãe) ou adquirida (inflamação, problemas de irrigação e/ou aumento da pressão no nervo óptico; doenças metabólicas; deficiência de vitamina B12 etc).

<sup>114</sup> BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 374-375; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 69-134.

incapaz de aplacar o ceticismo, ainda grande, quanto à hipótese que agora defendia o sífilógrafo francês<sup>115</sup>.

Em 1897, Krafft-Ebing conduziu um experimento extremamente polêmico e que terá seus desdobramentos éticos mencionados no próximo capítulo. O psiquiatra alemão, antes adepto das causas sociais da PGP, inoculou nove paralíticos gerais com material retirado de um cancro sífilítico. Uma vez que nenhum deles apresentou sintomas da doença, Krafft-Ebing concluiu que eles já haviam sido infectados pela doença<sup>116</sup>. Além desse, três eventos, em especial, parecem ter contribuído em larga escala para impulsionar o processo de aceitação da etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva de forma mais generalizada dentro do campo médico: a descoberta e descrição do agente etiológico da sífilis, o desenvolvimento de um método diagnóstico da doença (a reação de Wassermann) e, mais tarde, a observação do *Treponema pallidum* no tecido cerebral de cadáveres de paralíticos gerais<sup>117</sup>.

Em 1905, o protozoologista Fritz Schaudinn e o venereologista Erich Hoffmann batizaram de *Treponema pallidum* o agente que foi observado por ambos em associação com lesões especificamente sífilíticas. Apesar das tentativas de seu cultivo laboratorial terem sido mal sucedidas, segundo Juliet Hurn, o microrganismo foi prontamente aceito como causa primária da sífilis<sup>118</sup>. Em 1906, August Paul von Wassermann e seus colaboradores desenvolveram a primeira reação sorodiagnóstica para detectar casos da doença e Heinrich Quincke já havia demonstrado, em 1890, que o líquido cérebro-espinhal (ou líquido cefalorraquidiano), mais tarde utilizado na reação de Wassermann, poderia ser colhido através do método da punção lombar<sup>119</sup>. Autores como Ludwick Fleck e George Rosen atribuem essas e outras descobertas realizadas sobre a sífilis, neste momento, à expansão de campos como a microbiologia, a bacteriologia, a patologia celular, a citologia, a sorologia, a imunologia etc<sup>120</sup>.

As primeiras concepções sobre a patogenia da sífilis ligavam-na com a má mistura dos humores e deram origem à ideia do sangue corrompido dos sífilíticos, consolidada no século

---

<sup>115</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 69-134.

<sup>116</sup> BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 375; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 861; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* p. 29.

<sup>117</sup> *Ibidem*; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191.

<sup>118</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 136.

<sup>119</sup> A punção lombar caracteriza-se como um método através do qual se colhe o líquido cefalorraquidiano (retirado da coluna vertebral), com o qual se conduziam muitos testes para sífilis.

<sup>120</sup> FLECK, L. Como surgiu o conceito atual de sífilis. *op. cit.* pp. 39-60; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 861; BYNUM, W. F. Medicine in the laboratory. *op. cit.* pp. 92-117.



XIX e mantida por muito tempo no imaginário construído em torno da doença<sup>121</sup>. Segundo Fleck, a crença no “sangue sífilítico” criou um imaginário de grande contribuição para que esforços científicos, especialmente por parte do campo da sorologia, se voltassem em direção ao desenvolvimento e estabilização do primeiro teste laboratorial para o diagnóstico da doença, teste esse que utilizava o sangue como substrato: a reação de Wassermann. Ademais, o medo que a doença suscitava neste período e o número de vítimas que fazia impeliam as autoridades públicas a estimularem este tipo de pesquisa<sup>122</sup>. Resultado de um longo processo de construção – que envolveu inúmeros atores, como minuciosamente descreve Fleck – a reação desenvolvida pelo bacteriologista alemão August Paul von Wasserman e diversos colaboradores, em 1906, envolvia a interação entre diferentes elementos orgânicos, caracterizando-se como um teste sanguíneo de fixação do complemento<sup>123</sup>. O recém-criado método rapidamente conquistou seu lugar no dia-a-dia e na agenda de especialidades como a própria sorologia, a sífilografia, a venereologia e, entre outras, a psiquiatria, já que:

O novo teste foi rapidamente utilizado para reafirmar a suposta (mas, em 1907, ainda não comprovada) relação etiológica entre a infecção primária [provocada pelo] *Treponema pallidum* e manifestações clínicas tardias, como a tabes e a demência paralítica<sup>124</sup>.

Trabalhos do campo da história da ciência que dizem respeito ao desenvolvimento da reação de Wassermann destacam o quanto a técnica laboratorial foi apropriada por grupos de especialistas, não somente como recursos práticos, mas também como elemento retórico de grande valia para defender a legitimação, autonomização e monopólio dos campos da sorologia e da psiquiatria<sup>125</sup>. Assim, a nova reação tornou-se uma ferramenta importante para os profissionais da medicina mental, que prontamente o incorporaram de forma a embasar e autenticar duas ideias: a da etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva (como já mencionado), e a que dizia respeito à capacidade da psiquiatria de incorporar um recurso

<sup>121</sup> FLECK, L. Como surgiu o conceito atual de sífilis. *op. cit.* pp. 39-60.

<sup>122</sup> *Ibidem*; LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease, 1907-1970: the history of the Wassermann reaction. In BERRIDGE, V. & STRONG, P. (eds.) *AIDS and contemporary History*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, pp. 74-92, p. 75.

<sup>123</sup> Para mais informações sobre este tipo de teste sorológico ver FLECK, L. Sobre a reação de Wassermann e sua descoberta. In *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2009, pp. 97-130; LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease. *op. cit.*

<sup>124</sup> LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease. *op. cit.* p. 76. No original: “The new test was rapidly used to strengthen the strongly suspected (but, in 1907, not yet proven) etiological links between the primary *Treponema pallidum* infection and late clinical manifestations such as tabes and dementia paralytica.”. Tradução minha.

<sup>125</sup> SHORT, S. E. D. Physicians, Science and Status: Issues in the Professionalization of Anglo-American Medicine in the Nineteenth Century. *Medical History*, Cambridge, v. 27, 1983, pp. 51-68; LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease. *op. cit.* p. 78-80.

tipicamente científico, utilizando-o no diagnóstico de uma doença mental, ainda que os psiquiatras não fossem considerados, por alguns, os profissionais mais adequados para conduzir o teste em si<sup>126</sup>.

As contradições entre os paradigmas vigentes no campo da sorologia e da imunologia e o novo método não eram poucas, mas, segundo Ilana Löwy, não lhe tiravam o mérito: “A descoberta de que a reação de Wassermann estava em contradição com os princípios teóricos do sorodiagnóstico não diminuiu o impacto prático do teste.”<sup>127</sup> Como descreve Fleck, o estabelecimento dos parâmetros de caracterização de um resultado positivo ou negativo da reação foi, de certa forma, arbitrário, produzindo muita discordância entre os envolvidos na empreitada. Assim, era comum que houvesse inconsistência e disparidade nos resultados obtidos por diferentes laboratórios, o que suscitava muitas críticas e reclamações por parte de alguns médicos<sup>128</sup>. Por isso, os esforços para a padronização de certos procedimentos e características relativas ao teste de Wassermann alcançaram proporções internacionais durante os anos de 1920, motivando a elaboração de diversas recomendações pela Liga das Nações, na tentativa de produzir um mínimo de uniformização na execução e leitura de seus resultados<sup>129</sup>. O teste era capaz de desvelar casos obscuros de sífilis, fazendo despontar o pânico que representava a ideia de um problema grave de saúde pública que migrava do plano do visível para o do invisível, o que urgia o desenvolvimento de mais medidas profiláticas contra esta enfermidade<sup>130</sup>.

Os primeiros trabalhos publicados sobre o tema sugeriam que o teste acusar-se-ia positivo se aplicado em uma pessoa que tivesse sido infectada pela doença de três a seis semanas antes e, a partir daí, sua sensibilidade à presença da espiroqueta aumentaria em mais ou menos 85% dos casos. No entanto, conforme a doença progredia, a sensibilidade do teste diminuía numa taxa de 50% a 70% dos casos<sup>131</sup>. Em outras palavras, o teste apresentava grandes chances de acusar a presença da doença em suas fases mais recentes. Mas à medida que o diagnóstico fosse retardado e a afecção progredisse para um estágio mais avançado, ele

---

<sup>126</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191; LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease. *op. cit.* pp. 78-80.

<sup>127</sup> LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease. *op. cit.* p. 74. No original: “The discovery that the Wassermann test is in contradiction with the theoretical principles of serodiagnostic did not diminish the practical impact of this test.”. Tradução minha.

<sup>128</sup> FLECK, L. Como surgiu o conceito atual de sífilis. *op. cit.* pp. 39-60; LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease. *op. cit.* p. 78-80.

<sup>129</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191; LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease. *op. cit.* pp. 80-82.

<sup>130</sup> CARRARA, S. As Mil Máscaras da Sífilis. *op. cit.* pp. 25-74; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191.

<sup>131</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 141.

perdia bastante desta capacidade, aumentando a possibilidade de se produzir um resultado falso negativo, ou seja, o paciente estaria infectado pelo treponema, mas o exame acusaria o contrário. Assim, um teste negativo não excluía por completo uma infecção sífilítica – ou pelo menos, para alguns doutores, não deveria – mas um resultado positivo confirmava tal situação. Dessa forma, muito médicos se sentiam confiantes para anunciar a confirmação de um caso de sífilis *apenas* com um resultado positivo em mãos, o que começou a incomodar outros doutores<sup>132</sup>.

Em seus primeiros experimentos, Wassermann e um de seus colaboradores, Felix Plaut, combinaram o novo teste com o método da punção lombar para produzir um protocolo que evidenciasse a presença da sífilis em paralíticos gerais. Os pesquisadores demonstraram que 90% destes pacientes estavam infectados com a doença. Ao longo do tempo, a sensibilidade do teste foi sendo aprimorada e, em 1917, entre 98% e 100% dos indivíduos portadores da PGP eram diagnosticados como também sífilíticos. Este aperfeiçoamento e o consequente crescimento do percentual de paralíticos acometidos pela lues convenceram de vez muitos psiquiatras de que os resultados não eram apenas coincidência e que a demência paralítica apresentava de fato uma etiologia sífilítica<sup>133</sup>. No entanto, também houve descontentamento com o excesso de confiabilidade no recém-descoberto exame, principalmente por parte dos médicos clínicos. Discordando do que entendiam serem tentativas de separar o diagnóstico clínico do laboratorial, e de colocar o segundo acima do primeiro, em termos de eficiência, confiabilidade etc. Esses profissionais acreditavam haver ocorrido um alargamento no perfil que caracterizava a manifestação da doença provocada pela introdução do teste de Wassermann no âmbito de seu diagnóstico<sup>134</sup>. Porém, para que não haja uma generalização e simplificação da ideia de que os médicos que atuavam na área da medicina mental eram a favor e os demais contra a aplicação do teste de Wassermann, Juliet Hurn aponta que alguns psiquiatras britânicos se manifestaram sobre o assunto, dizendo estarem conscientes de que os recursos de laboratório não deveriam provocar a obsolescência dos saberes clínicos, e que o intento mais proveitoso e sensato seria uma união entre ambos<sup>135</sup>.

A discussão sobre superestimar ou não as técnicas de laboratório recém-desenvolvidas também evidenciava que essas, mesmo somadas às descobertas da microbiologia com relação

---

<sup>132</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191; LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease. *op. cit.* pp. 77-80.

<sup>133</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 160.

<sup>134</sup> *Ibidem.* p. 186.

<sup>135</sup> *Ibidem.* pp. 135-191.

à paralisia geral progressiva, não encerraram as discussões sobre como a doença deveria ser definida. Grande parte dos psiquiatras acreditava que a enfermidade realmente havia passado a se manifestar de outras formas (algumas, inclusive, passíveis de serem tratadas), independentemente da adoção da reação de Wassermann como método diagnóstico e alegavam estarem cientes das limitações e dos perigos de se confiar exacerbadamente no método recém-criado. Segundo Hurn, a postura desses médicos com relação ao teste de Wassermann pode ser explicada basicamente por dois motivos: talvez eles confiassem mais na reação de Wassermann do que seus colegas da medicina geral e da venereologia, porque a insígnia da medicina de laboratório que o procedimento trazia contribuía para estabilizar um campo médico alicerçado em bases frágeis, ou talvez porque fossem menos confrontados, em seu cotidiano, com os desafios técnicos e decisões administrativas implicadas na aplicação do teste. Assim, apesar dos psiquiatras enxergarem o teste com a esperança de que constituísse um elemento importante de legitimação da psiquiatria científica, não estavam convencidos de que este seu objetivo maior seria de fato atingido, mesmo após a introdução do novo método no dia a dia de seu campo de estudo: “A ambiguidade sobre o progresso da especialidade, uma ansiosa mistura de esperança e frustração, foi simplesmente a continuação de uma longa e familiar tradição na psiquiatria.”<sup>136</sup>.

Por fim, a autora conclui:

Certamente não podemos levar ao pé da letra as afirmações – contemporâneas ou passadas – de que o teste revolucionou o entendimento sobre a PGP e/ou que foi totalmente aceito por seus praticantes. Tampouco podemos afirmar que o mesmo foi apropriado de forma indiscriminada simplesmente porque representou o entusiasmo e o status da medicina laboratorial. Sugeriria, de maneira geral, que a verdadeira importância do teste resida mais em seu poder simbólico do que prático. Primeiro, ele persuadiu os psiquiatras da etiologia sífilítica da PGP de forma muito mais concreta do que as estatísticas de Fournier. Segundo, ele se tornou, indubitavelmente, parte da ‘cultura’ da psiquiatria [...]. Terceiro, constituiu um expressivo símbolo da ameaça da sífilis e – apesar de algumas críticas contemporâneas – do triunfo do avanço científico<sup>137</sup>.

---

<sup>136</sup> *Ibidem*. p. 191. No original: “Ambivalence about the progress of the specialty, an uneasy mixture of hope and frustration, was simply the continuation of a long and familiar tradition in psychiatry.”. Tradução minha.

<sup>137</sup> *Ibidem*. pp. 189-190. No original: “We certainly cannot take at face value claims - whether contemporary or retrospective - that the test revolutionised the management of GPI and was fully accepted by practitioners; nor that it was seized indiscriminately simply because it represented the excitement and status of laboratory medicine. Overall I would suggest that the real importance of the test lay in its symbolic rather than its practical power. First, it persuaded psychiatrists of the syphilitic aetiology of GPI in a far more concrete way than had Fournier's statistics. Second, it undoubtedly became part of the 'culture' of psychiatry, and as such must have had a huge effect upon individual patients' experience of their disease; in particular it turned doctors' attention to the possibilities of scrutinising subclinical illness - despite the fact that there was clearly a considerable gap between the ideals of surveillance and early treatment, and practical delivery. Third, it was used as a powerful symbol of

Finalmente, em 1913, as pesquisas desenvolvidas por Hideyo Noguchi e J. W. Moore aplacaram, de modo geral, qualquer tipo de dúvidas acerca da etiologia exclusivamente luética da demência parálitica. Ambos estudavam o cérebro de 70 cadáveres de paráliticos gerais no Instituto Rockefeller, em Nova York. No entanto, entre estas 70 amostras de tecido cerebral analisadas, apenas 12 apresentavam o *Treponema pallidum*. Logo sugeriu-se que o diagnóstico da paralisia geral progressiva fosse constatado apenas nos casos em que se averiguasse a presença do microrganismo sífilítico, o que era possível apenas no exame *post mortem*. O fato de poucos cadáveres apresentarem o agente etiológico da doença não entrouvrou o entusiasmo perante à descoberta, considerada de enorme importância para os campos da sífilografia, psiquiatria e venereologia, e a prova cabal da relação de causalidade entre sífilis e paralisia geral progressiva<sup>138</sup>.

Assim, a etiologia sífilítica da PGP foi aceita de forma geral, e o termo “parassífilis” substituído por “neurossífilis”: sífilis do sistema nervoso central que se manifestava na forma da demência parálitica ou da tabes dorsalis. Em alguns países, a recomendação dos psiquiatras era de que todos os casos suspeitos de paralisia geral fossem submetidos ao teste, pois isso possibilitaria, em muitos deles, o estabelecimento de um diagnóstico precoce de neurossífilis, o que podia evitar que o quadro do indivíduo evoluísse para outro mais dramático, se o tratamento antilúético fosse administrado de forma adequada e o paciente tivesse sorte de que esse produzisse resultados efetivos. Ocorrendo isso, o enfermo escapava da internação, podendo ser tratado como um doente agudo, e não crônico<sup>139</sup>. Como já mencionado, geralmente, o *status* de paciente mental crônico acarretava onerações para o Estado e/ou para a família do indivíduo, já que esse se tornava incapaz de trabalhar e de exercer seus direitos e deveres civis de forma geral. Seus familiares precisariam dedicar tempo e cuidado a ele, ou pagar sua estadia em uma instituição que o fizesse. Caso seus parentes não dispusessem de recursos para tal, seu sustento ficaria a cargo do Estado<sup>140</sup>.

---

the threat of syphilis and - despite some contemporaries' criticisms - of the triumph of scientific advance.”. Tradução minha.

<sup>138</sup> BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 375; ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 861; KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* p. 476; BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 581; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191.

<sup>139</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191.

<sup>140</sup> CUNHA, M. C. P. República, loucura e controle social. In *Cidades da Ordem – a doença mental na República*. São Paulo: Brasiliense, 1990, pp. 15-41; ENGEL, M. G. A Arquitetura da Trama. In *Os Delírios da Razão – médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, pp. 21-179, pp. 21-115.

Porém, questões clínicas antigas permaneceram: por que apenas alguns sífilíticos desenvolviam a PGP e/ou a *tabes dorsalis*? Por que, nos países subdesenvolvidos, onde o número de casos de sífilis era altíssimo, havia apenas uma pequena parcela de paralíticos gerais e de tábidos? Estas perguntas ainda sustentavam alguma crença na influência de fatores externos como o alcoolismo e a hereditariedade, manifestadas, no entanto, por uma *minoria* de profissionais<sup>141</sup>. O tópico a seguir se dedicará a elucidar de forma mais satisfatória a relação que se estabeleceu entre a paralisia geral progressiva e a medicina mental, e a explicar porquê, mesmo após estabelecida a origem sífilítica da doença, essa permaneceu sob a alçada dos psiquiatras.

### 1.3 – Ciência?! A psiquiatria como um campo do conhecimento em ascensão

Desde sua origem como especialidade no século XIX, a psiquiatria tem definido fronteiras, delineado e apontado o que é normal e anormal<sup>142</sup>.

Como já mencionado, a segunda metade do século XIX assistiu ao desenvolvimento e consequente consolidação de diferentes campos do conhecimento, como a fisiologia, a química, a anatomia patológica, a microbiologia, a microscopia etc. A descoberta das técnicas de esterilização cirúrgica, o desenvolvimento do microscópio, a descrição de microrganismos como agentes de determinadas afecções, entre outros eventos, estimularam o direcionamento das pesquisas médicas para o laboratório<sup>143</sup>. Esta tendência mais ampla acabou por também afetar a recém-emergente área da psiquiatria, caracterizando uma conjuntura altamente favorável para que este campo do conhecimento angariasse argumentos em prol de sua legitimação e da conquista de uma cadeira no *hall* das ciências médicas<sup>144</sup>. Durante muito tempo esta especialidade manteve-se à margem das demais, já que seus objetos de estudo, os desvios da mente, eram caracterizados e tinham suas causas explicadas a partir de metodologias que não correspondiam às bases científicas que estavam sendo colocadas em

---

<sup>141</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191.

<sup>142</sup> ROSENBERG, C. E. Contested boundaries. *op. cit.* p. 411.

<sup>143</sup> *Ibidem*; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 135-191; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* pp. 1-35; TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* p. 246; BYNUM, W. F. Medicine in the laboratory. *op. cit.* pp. 92-117.

<sup>144</sup> SHORTER, E. The first biological psychiatry. In *The History of Psychiatry*. Nova York: John Wiley & Sons, 1997, pp. 69-112; CAPONI, S. Emil Kraepelin e a Persistência da Degeneração na Psiquiatria Moderna. In *Loucos e Degenerados – uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, pp. 123-146; MARX, O. M. The beginning of psychiatric historiography in nineteenth-century Germany. *op. cit.* pp. 39-52; FACCHINETTI, C.; MUÑOZ, P. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro. *op. cit.* pp. 239-262; VENÂNCIO, A. T. Ciência psiquiátrica e política assistencial. *op. cit.* pp. 883-900; ENGEL, M. G. A Arquitetura da Trama. *op. cit.* pp. 117-179.

voga naquele momento. Há historiadores da ciência que acreditam perdurar até os dias atuais esta “incapacidade” da psiquiatria de se moldar aos paradigmas científicos vigentes, especialmente no que diz respeito à etiologia e nosologia das afecções encontradas em sua seara: “A psiquiatria é *cronicamente* sensível à sua inabilidade de escalar um repertório de categorias de diagnóstico muito bem delineadas, aparentemente objetivas e aceitas de forma generalizada, de fato baseadas em mecanismos biopatológicos.”<sup>145</sup>.

Ao analisarmos determinadas fontes, percebemos que pelo menos até o início do século XX as manifestações mentais consideradas desviantes eram, muitas vezes, atribuídas a questões metafísicas e religiosas, o que costumava irritar bastante os profissionais desta área, como podemos constatar nas passagens escritas por Henrique de Brito Belford Roxo<sup>146</sup>, psiquiatra brasileiro que atuou no Hospital Nacional de Alienados e foi professor catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, durante o período estudado:

No estudo da psiquiatria não deve se tomar em consideração a questão da alma. Dela não há a menor necessidade no esclarecimento das questões, e sua intromissão na ciência só serviu para que alguns pensem ainda que a psiquiatria é uma ciência em que se estudam fatos misteriosos, em que a metafísica campeie abertamente.<sup>147</sup>

Ou ainda:

Os conceitos de certos autores eram contraditados formalmente por outros e a instabilidade das conclusões científicas era ainda agravada pela forma complexa, por que eram debatidos os argumentos de psicologia.

Tudo isto concorria, para que se apregoasse a psiquiatria uma ciência de pouco alcance prático, cujos cultores se deleitavam em controvérsias filosóficas.<sup>148</sup>

A falta de etiologias bem estabelecidas e específicas, somada à utilização de métodos diagnósticos considerados por muitos como imprecisos, e a nosografias vagas, ambíguas e passíveis de muitas interpretações contribuía para a marginalização da área, impedindo que os psiquiatras fossem considerados cientistas de fato. Assim, na tentativa de demonstrar para a sociedade, de forma geral, e principalmente para seus colegas médicos atuantes em outras

---

<sup>145</sup> ROSENBERG, C. E. Contested boundaries. *op. cit.* p. 411.

<sup>146</sup> Henrique de Brito Belford Roxo (1877-1969): psiquiatra brasileiro; formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1901; tornou-se catedrático de Clínica Psiquiátrica, substituindo o médico Teixeira Brandão, em 1921; foi declarado membro da Academia Nacional de Medicina em 1922; publicou quatro versões de seu “Manual de Psiquiatria” (1921; 1925; 1938; 1946); dedicou-se ao estudo de diferentes afecções mentais e tinha especial interesse na área de neuropsiquiatria.

<sup>147</sup> ROXO, H. B. B. Considerações gerais sobre as doenças mentais. *In Manual de Psychiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921, pp. 11-19, pp. 11-12.

<sup>148</sup> *Ibidem*, p. 7.

áreas, que sua especialidade também merecia *status* de ciência, o campo da psiquiatria se empenhou na procura de causas somáticas, biológicas para as doenças mentais e no desenvolvimento de pesquisas laboratoriais, buscando trazer elementos considerados efetivamente científicos para seu dia a dia – como os testes diagnósticos, as técnicas de anatomia patológica, a criação de drogas e de outras formas de tratamento etc – de modo que o alienado pudesse ser enxergado como outro paciente qualquer. Esta intenção se faz clara em uma última passagem, também redigida nos anos de 1920 por Henrique Roxo:

No entanto, a pouco e pouco se vem firmando a psicologia em experimentos perfeitos de fisiologia e os recursos de laboratório tem esmerilhado a interpretação patogênica de diversas doenças mentais.

Os estudos modernos tem permitido que se encare o alienado como um doente comum, em que se acha particularmente comprometido o órgão mais elevado da economia e em que se não pode contestar a sinergia de funções que a tudo preside<sup>149</sup>.

De acordo com Edward Shorter, os esforços de trazer para a rotina da psiquiatria estas práticas científicas – conduzidas, a princípio, característica e originalmente, pelas demais áreas médicas – foram desencadeados não no interior dos asilos, mas nas universidades. Acreditava-se que os médicos gerais deveriam saber alguma coisa sobre psiquiatria para lidar com todos os tipos de pacientes, o que impulsionou uma movimentação dentro destas instituições de ensino superior para que a disciplina fosse ensinada. No entanto, para tal, deveria haver professores, centros de pesquisas na área e departamentos de psiquiatria que permitissem o acesso dos alunos aos pacientes mentais<sup>150</sup>. Assim, a execução desta empreitada “[...] foi, portanto, impulsionada simultaneamente por demandas de educação e de curiosidade científica.”<sup>151</sup> e dominada pela tradição germânica. Segundo Shorter, essa supremacia esteve ligada ao fato de, desde 1800, o Império Austro-húngaro possuir muitas universidades e instituições psiquiátricas públicas, nas quais a pesquisa e o ensino eram atividades consolidadas bastante comuns<sup>152</sup>.

Em, 1890, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin<sup>153</sup> recebeu um convite para lecionar na Universidade de Heidelberg, onde conseguiria autonomia suficiente para orientar seus estudos da maneira que julgava mais adequada a seus interesses como pesquisador, ao contrário do

---

<sup>149</sup> *Ibidem*, pp. 7-8.

<sup>150</sup> SHORTER, E. The first biological psychiatry. *op. cit.* pp. 71-81.

<sup>151</sup> *Ibidem*. p. 71.

<sup>152</sup> *Ibidem*, pp. 71-81.

<sup>153</sup> Emil Kraepelin (1856-1926): formou-se em 1878 em Würzburg; trabalhou como residente em Munique sob a tutela de Bernhard von Gudden; estudou no laboratório de psicologia em Leipzig chefiado por Wilhelm Wundt (1882); começou a lecionar psiquiatria na Universidade de Tartu na Estônia (1886-1890).



que estava acostumado na pequena universidade na qual ensinava, localizada em Tarty, atual Estônia. Kraepelin acreditava que uma doença mental podia assumir desfechos variáveis, dependendo de elementos ligados a individualidade e especificidade do paciente acometido por ela. Assim, a elucidação e caracterização das diferentes feições que uma enfermidade mental poderia assumir seriam obtidas a partir da análise de um grande número de diferentes casos. O médico mantinha uma coleção de cartões nos quais registrava inúmeras observações sobre seus pacientes. Através delas, conseguiu reunir dados suficientes para estabelecer relações entre o curso tomado pela doença naquele indivíduo e determinados aspectos inerentes à sua história de vida. Para trabalhar consigo em Heidelberg, Kraepelin escalou ninguém menos do que Franz Nissl e Aloys Alzheimer, neuropsiquiatras, cujos interesses recaíam sobre a citologia, histologia e conseqüentemente microscopia. Além deles, também fora convidado Willy Hellpach, médico que havia igualmente estudado no laboratório de Wundt, em Leipzig<sup>154</sup>.

Emil Kraepelin passou alguns anos analisando seus cartões, coletando e recebendo dados provenientes de diferentes lugares do mundo. Na última década do século XIX e na primeira do século XX, as publicações do psiquiatra alemão demonstravam o quanto a teoria da degeneração, inaugurada por Morel quase que cinquenta anos antes, influenciou suas concepções sobre as doenças mentais. As estatísticas analisadas por Kraepelin demonstravam, segundo ele, que o número de alienados internados em instituições psiquiátricas aumentava cada vez mais, o que seria fruto das “condições da vida moderna [que] produzem uma série de fatores que debilitam as reações naturais de autopreservação necessárias para que os indivíduos possam se fortalecer na luta pela vida.”<sup>155</sup>. No entanto, apesar de adepto de algumas destas concepções, diferentemente de Morel, Kraepelin acreditava na origem biológica de algumas doenças mentais:

Por um lado, algumas ideias que Morel somente teria esboçado, como, por exemplo, a importância concedida às explicações orgânicas, fundamentalmente aquelas centradas em lesões cerebrais, tornaram-se aceitas em tempos de Kraepelin. Por outro lado, os avanços da clínica, a observação empírica, a acumulação de casos estudados, a exigência de se estabelecerem classificações nosológicas confiáveis e o uso das estatísticas psiquiátricas já não deixavam nenhum espaço para as explicações metafísicas enunciadas por Morel<sup>156</sup>.

---

<sup>154</sup> SHORTER, E. The first biological psychiatry. *op. cit.* pp. 99-102.

<sup>155</sup> CAPONI, S. Emil Kraepelin e a Persistência da Degeneração na Psiquiatria Moderna. *op. cit.* pp. 133-136, p. 134.

<sup>156</sup> *Ibidem.* p. 133.

Conforme se desenrolavam as descobertas sobre a sífilis e de sua ligação com a paralisia geral progressiva, Emil Kraepelin reunia subsídios que embasavam sua teoria, advogando a influência dos novos achados laboratoriais sobre a psiquiatria:

Mais tarde, em sua história da psiquiatria, Kraepelin retomará e ampliará as referências ao teste de Wassermann, considerando que esta é uma das duas contribuições mais importantes da época para determinar a origem biológica das doenças mentais. A descoberta do bacilo (espiroqueta) representa para Kraepelin um passo fundamental na compreensão da etiologia das doenças mentais. A reação de Wassermann em sangue e a descoberta de microrganismos no cérebro lhe oferecem uma prova convincente de que as enfermidades mentais têm origem na ação de agentes que podem ser isolados e identificados<sup>157</sup>.

Sua proposta de classificação, elaborada a partir de seus dados, foi adotada por profissionais em diferentes lugares do mundo. Jessica Slijkhuis e Harry Oosterhuis escrevem que as concepções kraepelianas influenciaram fortemente o campo da psiquiatria na Holanda, e que a paralisia geral progressiva teve importância especial em certas discussões da área, como por exemplo, naquela relacionada às causas morais e sociais das doenças mentais e as medidas profiláticas mais adequadas a serem tomadas frente a elas<sup>158</sup>.

Os médicos atuantes nos asilos holandeses, orientados pelas concepções kraepelianas, recheavam os registros dos pacientes com exames de praxe, como medição da temperatura corporal, aferimento do pulso, dos batimentos cardíacos, medição do peso etc, descrevendo minuciosamente os sintomas manifestados pelos enfermos. A PGP aproximava, assim, a rotina de cuidados dos psiquiatras à daqueles médicos residentes em outras especialidades: “A padronização da terminologia diagnóstica, a atenção aos sintomas somáticos e o efeito da abordagem de Kraepelin na nossa amostra de registros de meados dos anos de 1890 em diante refletem o objetivo dos psiquiatras de enfatizar a natureza médica de seu campo.”<sup>159</sup>.

Dessa forma, a paralisia geral progressiva constituiu um dos primeiros exemplos de que certas doenças mentais poderiam, sim, estar relacionadas a distúrbios do cérebro e do sistema nervoso em geral, sendo um modelo ideal para catalisar a aproximação entre a neurologia e a psiquiatria. De acordo com Slijkhuis e Oosterhuis: “Eles [os psiquiatras] também utilizaram a demência paralítica como exemplo para demonstrar que os loucos eram pacientes ‘normais’ e que seria interessante organizar os cuidados a estes indivíduos de

---

<sup>157</sup> *Ibidem*. p. 134.

<sup>158</sup> SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.* pp. 8-23.

<sup>159</sup> *Ibidem*. p. 23.

acordo com o modelo de um hospital geral.”<sup>160</sup>. Assim, “A demência paralítica parecia ser o exemplo de doença que iria subsidiar a ambição médica de encontrar causas físicas para os distúrbios mentais e, assim, elevar a psiquiatria ao status de disciplina médica efetiva.”<sup>161</sup>. Além disso, a ligação entre sífilis e degeneração, evidenciada nos trabalhos do próprio Kraepelin, ao mesmo tempo justificava os esforços dos profissionais da psiquiatria para ampliar sua esfera de atuação. Caracterizar a paralisia geral progressiva como uma doença típica da civilização moderna legitimava a participação psiquiátrica na luta dos higienistas contra um dos maiores males que a acometiam<sup>162</sup>.

Os ideais da psiquiatria kraepeliana também exerceram influência no Brasil. Ao longo do século XX, já em vias de consolidação, o campo da psiquiatria brasileira passaria a estabelecer um diálogo maior com a escola alemã. No Rio de Janeiro, então capital federal, este diálogo foi em grande medida promovido e articulado pelo então diretor Assistência Médico-Legal aos Alienados, o médico psiquiatra baiano Juliano Moreira. A procura de causas orgânicas para as doenças mentais lançava um novo olhar sobre os estigmas permanentes previstos nas teorias da degenerescência elaboradas em meados do século XIX, uma vez que, a partir desta nova visão, assim como se investigava a causa das afecções mentais, também procuravam-se os tratamentos e eventuais possibilidades de cura para elas. Dessa forma, preocupados em atingir a digna posição de cientistas, além de médicos, muitos psiquiatras brasileiros, especialmente aqueles atuantes em São Paulo e no Rio de Janeiro, baseados nos ideais da psiquiatria fundada por Emil Kraepelin, dedicaram-se ao estudo da etiologia e do tratamento de inúmeras doenças mentais<sup>163</sup>. As concepções dos psiquiatras cariocas sobre as ideias kraepelianas serão exploradas com mais minúcia no último capítulo deste trabalho.

Partindo da ideia de que as doenças são categorias condicionadas pelo tempo, pelo espaço e pela cultura, só faz sentido chamarmos um conjunto de sintomas de determinada maneira em determinada sociedade, pois essa última constitui-se como fator fundamental no processo de construção de uma entidade nosológica<sup>164</sup>. Os ideais compilados e difundidos por Emil Kraepelin – e por aqueles adeptos de suas concepções – na virada do século XIX para o

---

<sup>160</sup> *Ibidem*. p. 24.

<sup>161</sup> *Ibidem*. p. 7.

<sup>162</sup> *Ibidem*. p. 31; CAPONI, S. Emil Kraepelin e a Persistência da Degeneração na Psiquiatria Moderna. *op. cit.* p. 145.

<sup>163</sup> ENGEL, M. G. A Arquitetura da Trama. *op. cit.* pp. 117-179; FACCHINETTI, C.; MUÑOZ, P. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro. *op. cit.* pp. 245-250.

<sup>164</sup> ROSENBERG, C. E. Contested boundaries. *op. cit.* p. 407-411.

XX influenciaram bastante a psiquiatria moderna, contribuindo de forma singular para o processo que Charles Rosenberg chama de “expansão das fronteiras clínicas”<sup>165</sup>.

Segundo ele, na luta pelo reconhecimento como especialidade médica, o campo da psiquiatria assumiu o papel de liderar, orientar, legitimar e reproduzir, junto às sociedades ocidentais, a categorização e rotulação de comportamentos e traços vistos como inaceitáveis do ponto de vista moral e social. Dessa forma, contribuiu para julgar, estigmatizar e marginalizar grupos de pacientes acometidos por doenças mentais diversas, como também indivíduos que apresentavam comportamentos considerados desviantes<sup>166</sup>. A demência paralítica e, conseqüentemente, a sífilis podem ser citadas como exemplos destas enfermidades, segundo Gustavo Tarelow: “A paralisia geral progressiva (PGP) pode ser considerada um símbolo da psiquiatria organicista e *moralista* do final do século XIX e início do século XX.”<sup>167</sup>. Assim, o estabelecimento de sua etiologia sifilítica, ratificava o diagnóstico de paralisia geral progressiva como sinalizador de uma condição extremamente estigmatizante<sup>168</sup>.

Rosenberg coloca ainda que: “Doenças como o pelagra e a paralisia geral progressiva, que foram de responsabilidade psiquiátrica quando sua causa e seu tratamento eram obscuros, deixaram o domínio da especialidade quando estes mecanismos foram descobertos e sua terapia estabelecida.”<sup>169</sup>. Acreditamos que, no caso da paralisia geral progressiva, o processo tenha transcorrido de uma maneira um pouco mais complexa e talvez diferente daquela descrita por Rosenberg na passagem acima, conforme mostraremos nas próximas páginas. De fato, após a descoberta da penicilina, a paralisia geral progressiva deixou a seara da psiquiatria, mas não porque a partir deste momento seria tratada por dermatologistas e/ou sifilógrafos. O uso do antibiótico em larga escala para o tratamento de estágios iniciais de sífilis impedia que os doentes atingissem um o quadro mais avançado da doença, cuja incidência reduziu-se de forma dramática, atingindo níveis praticamente nulos<sup>170</sup>. Assim, a jurisdição sobre a demência paralítica não migrou entre as especialidades médicas, o que ocorreu foi praticamente a erradicação do estágio terciário da sífilis. Além disso, um dos

---

<sup>165</sup> *Ibidem*. p. 410.

<sup>166</sup> *Ibidem*. p. 411.

<sup>167</sup> TARELOW, G. Entre febres, comas e convulsões. *op.cit.* p. 61. Grifo meu.

<sup>168</sup> BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 372.

<sup>169</sup> ROSENBERG, C. E. Contested boundaries. *op. cit.* p. 411. No original: “Ailments such as pellagra and paresis, which had been the psychiatrist’s responsibility when their cause and treatment was obscure, left the specialty’s domain when their mechanisms were understood and their treatment established.”. Tradução minha.

<sup>170</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 268-300, p. 268; HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. *op. cit.* p. 594.

primeiros tratamentos considerados eficazes por grande parte dos psiquiatras da primeira metade do século XX para a PGP foi a malarioterapia, cujo desenvolvimento, aperfeiçoamento e administração foram atividades desenvolvidas, predominantemente, por profissionais do campo da psiquiatria.

#### 1.4 – Tratamentos para uma velha conhecida

Segundo Ludwick Fleck, podemos encontrar registros históricos relativos à doença – ou entidade nosológica – que hoje conhecemos como sífilis desde o final do século XV, quando, na Europa, esta moléstia se disseminou de forma epidêmica<sup>171</sup>. Apesar de a sífilis caracterizar-se como uma enfermidade que colecionou estudiosos ao longo de três séculos, George Rosen lembra que “não houve menção clara, por pelo menos 200 anos, de uma manifestação clínica que pudesse ser atribuída à paralisia geral progressiva com [um mínimo de] certeza.”<sup>172</sup>. O autor acredita que a descrição tardia da enfermidade enquanto tal, ocorrida apenas em 1822, se deve principalmente às mudanças no próprio conceito de doença. No medievo os estudiosos que atuavam na área da medicina costumavam se preocupar com o conjunto de sintomas que se manifestavam nos enfermos, sem distinguir doenças específicas o que, de acordo com os paradigmas atuais, mostra que diferentes afecções não eram diferenciadas entre si. No século XVII, o “problema da natureza das doenças”<sup>173</sup> foi abordado de uma forma diferente por Thomas Sydenham. O médico acreditava na possibilidade de se fazer uma descrição formal de cada uma das enfermidades, como os taxonomistas costumam fazer com plantas e animais. Através da compilação e sistematização dos recorrentes sintomas observados em diferentes pacientes, Sydenham passou a ver as doenças enquanto entidades objetivas. Assim, seu processo de reificação e a nova maneira de descrever as moléstias desenvolveram-se ao longo do século XVIII<sup>174</sup>.

Quando analisamos o atual enquadramento social da sífilis, percebemos o quão significativo é o imaginário cultural construído ao longo do tempo sobre esta doença, e que veio se consolidando até o presente. Nos dias de hoje, apesar de já apresentar uma cura bastante acessível e simples, a moléstia carrega o peso do pecaminoso, do vergonhoso e do

---

<sup>171</sup> ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 856; FLECK, L. Como surgiu o conceito atual de sífilis. *op. cit.* pp. 39-42.

<sup>172</sup> ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *op. cit.* p. 856. No original: “Following the outbreak of the disease, however, there was no definite mention for almost two hundred years of any clinical manifestations that can with certainty be attributed to general paresis.”. Tradução minha.

<sup>173</sup> *Ibidem.* pp. 856-857.

<sup>174</sup> *Ibidem.*

desvio. Sua definição não se conservou de modo estático, continuando a modificar-se, especialmente depois do crescimento dos campos da biologia celular, da bioquímica e mais tarde da biologia molecular. Assim, podemos concluir que uma entidade nosológica muda suas feições a partir do momento que se estabelecem novos paradigmas científicos e médicos, através dos quais se descobrem novos elementos sobre ela. No mais, este parece ser um fluxo de mão dupla, já que a partir da recharacterização da doença são postas novas questões sobre elas; questões essas que exercem influência sobre campos do conhecimento adjacentes, a exemplo, o trio: sífilis, reação de Wassermann e sorologia<sup>175</sup>.

No princípio, não havia uma terapêutica totalmente direcionada para casos de neurosífilis, sendo o tratamento realizado muito similar àquele empregado em estágios iniciais da doença, geralmente, dividido em específico e não específico<sup>176</sup>. Os medicamentos específicos apresentavam ação treponemicida, ou seja, eram capazes de matar as espiroquetas. Suas formas de administração eram variadas, podendo ocorrer por via oral, retal, epidérmica e através de injeções subcutâneas, venosas, intramusculares, intracranianas e até aplicadas diretamente na coluna vertebral. Já os tratamentos pertencentes ao grupo dos não específicos podiam apresentar técnicas de administração bastante próprias, como veremos a seguir<sup>177</sup>.

Como já mencionado, o mercúrio foi uma das primeiras substâncias a serem utilizadas no tratamento específico da sífilis, colocando-se em prática os princípios da chamada “terapia dos metais”<sup>178</sup>. Os compostos elaborados a partir dele chegavam a apresentar resultados satisfatórios em alguns casos, mas, por tratar-se um elemento extremamente tóxico, acabavam por provocar, em considerável parte dos doentes, mais problemas do que melhorias. Dessa forma, nota-se na literatura especializada da época que seu emprego fora praticamente abandonado após o aparecimento dos compostos arsenicais, bismúuticos e iodados, esses eram administrados, muitas vezes, em consonância, como podemos constatar a partir da seguinte passagem, escrita em 1933, pelo psiquiatra paulista Antônio Carlos Pacheco e Silva<sup>179</sup>: “O iodo, associado ao bismuto e ao quinino, entra na composição de numerosos preparados hoje de uso corrente.”<sup>180</sup>. Há indicações de que o mercúrio continuava a ser administrado apenas

---

<sup>175</sup> FLECK, L. Como surgiu o conceito atual de sífilis. *op. cit.* pp. 55-60.

<sup>176</sup> PACHECO E SILVA, A. C. Neurosífilis. *op. cit.* pp. 109-113.

<sup>177</sup> *Ibidem.* pp. 107-163.

<sup>178</sup> FLECK, L. Como surgiu o conceito atual de sífilis. *op. cit.* pp. 42-45; PACHECO E SILVA, A. C. Neurosífilis. *op. cit.* pp. 113-117.

<sup>179</sup> Antônio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988): psiquiatra paulista; formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1920; estudou na França, frequentando a clínica Charcot (1921); trabalhou no Hospital do Juqueri e, mais tarde, substituiu Franco da Rocha em sua direção (1923); foi catedrático de Psiquiatria da Faculdade Paulista de Medicina.

<sup>180</sup> PACHECO E SILVA, A. C. Neurosífilis. *op. cit.* p. 119.

nos casos que estivessem sendo tratados através da malarioterapia; nesta situação, apenas um pequeno número de doses muito menores eram utilizadas.

Entre os medicamentos que mais trouxeram esperança de cura para a neurosífilis estava o composto arsenical apresentado, em 1909, por Paul Ehrlich<sup>181</sup> e Sahachiro Hata<sup>182</sup>. Os dois pesquisadores desenvolveram uma substância denominada arsfenamina, que ficou mais conhecida como salvarsan ou 606. Este último nome foi atribuído ao novo medicamento, porque Ehrlich e Hata haveriam chegado à conclusão de que já tinham seu objetivo cumprido no 606º teste realizado por eles. Depois de popularizado, o medicamento foi considerado por muitos como a “bala mágica” para a sífilis<sup>183</sup>. Porém, para a decepção de diversos médicos, especialmente dos psiquiatras, o salvarsan não surtia efeito na paralisia geral e nem na tabes, assim como seus antecessores, o mercúrio e o iodeto de potássio:

O aparecimento do 606 despertou logo grande entusiasmo e esperanças no tratamento da paralisia geral. No Hospital do Juquery foi ele, desde logo, empregado por Franco da Rocha, que relatou as suas observações na ‘Revista Médica de São Paulo’, concluindo: ‘A nosso ver, as esperanças que surgiram com o entusiasmo do 606 já esfriaram bastante, e com razão, no que toca à paralisia geral. O tempo não fez senão comprovar a sua ineficácia em tais casos.’<sup>184</sup>

O neosalvarsan ou 914 foi sintetizado também por Paul Ehrlich e passou a ser comercializado em 1912. A nova versão do salvarsan, que agora possuía sódio em sua composição, fez com que muitos médicos voltassem a insistir na terapêutica específica para a paralisia geral. No entanto, segundo Pacheco e Silva, o neosalvarsan, apesar de menos tóxico que seu antecessor, também provocava acidentes em alguns casos<sup>185</sup>.

Ainda entre os medicamentos específicos encontrava-se o sulfarsenol, o atoxyl, o stovarsol, entre outros. O sulfarsenol, composto em cuja fórmula há enxofre, foi desenvolvido em um laboratório parisiense na segunda década do século XX, sob a supervisão do médico

---

<sup>181</sup> Paul Ehrlich (1854-1915): bacteriologista alemão; considerado pai da quimioterapia cunhou o termo “bala mágica”; formou-se em Leipzig (1878); foi professor em Berlim (1890-1904) e colaborador de Robert Koch; ganhador do Prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina em 1908; desenvolveu um tratamento para doença do sono e contribuiu para pesquisas na área da histologia e microscopia.

<sup>182</sup> Sahachiro Hata (1873-1938): bacteriologista japonês; formou-se em medicina na cidade de Kyoto; frequentou como estudante o Instituto Kitasato para o Estudo de Doenças Infecciosas em Tóquio e, depois, no Instituto Robert Koch em Berlim; desenvolveu pesquisas sobre quimioterapia no Instituto Nacional Alemão para Terapêuticas Experimentais, onde foi assistente de Paul Ehrlich; indicado ao Prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina em 1913; foi professor da atual Universidade Kitasato e da Universidade de Keio.

<sup>183</sup> BRANDT, A. Dr. Ehrlich’s Magic Bullet: Venereal Disease in the Age of Antibiotics. *In No Magic Bullet – a Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880*. Nova York: Oxford University Press, 1987, pp. 161-182.

<sup>184</sup> PACHECO E SILVA, A. C. Neurosífilis. *op. cit.* p. 120.

<sup>185</sup> *Ibidem.* pp. 119-127.

germano-guatemalteco Frederico Lenhoff. O medicamento fora bastante utilizado no tratamento da sífilis congênita infantil. Com o atoxyl, formulado arsenical desenvolvido pelo farmacêutico francês Antoine Béchamp em 1859, obteve-se alguns resultados positivos no tratamento da PGP, no entanto, há registros de que ele provocava cegueira nos pacientes. Este fármaco também fora utilizado para tratar a tripanossomíase africana. O acetarsol, anti-inflamatório descoberto em 1921 no Instituto Pasteur pelo químico-médico Ernest Fourneau, era vendido sob o nome de stovarsol e também continha arsênico em sua composição.

Por fim, mas ainda como terapêutica específica, utilizavam-se preparados bismúticos como o trepol, o embial e o spirobismol. Geralmente, esses eram prescritos após a administração de uma piretoterapia e, sem que estivesse em combinação com essa, seus efeitos eram mínimos no tratamento da paralisia geral. Além disso, estes compostos também causavam muitos efeitos colaterais, atingindo órgãos como o estômago, os rins, o intestino etc. Os métodos específicos mencionados anteriormente tinham eficácia discutível, eram dolorosos, muitas vezes caros – pois demandavam muitas doses – e causavam uma série de severos efeitos colaterais<sup>186</sup>.

Como terapêutica inespecífica dispunha-se das piretoterapias. Registros indicam que essas eram utilizadas desde o século IV a.C., porém, não tivemos êxito em recuperar trabalhos históricos sobre o tema, que, eventualmente, forneceriam maiores informações sobre esta prática que caracterizava-se pelo aumento intencional da temperatura corporal do doente, e que poderia ser realizada através de diferentes meios. Um deles era a administração de substâncias químicas, biológicas ou de origem microbiana; o outro, a inoculação do agente etiológico de determinadas doenças infecciosas, chamado de terapêutica pela própria infecção. Grande parte das piretoterapias foi desenvolvida no intuito de substituir a malarioterapia, por isso, as primeiras serão tratadas com mais minúcia no final do próximo capítulo.

Mesmo com a gama de terapêuticas mencionadas, nenhuma delas provocava efeitos satisfatórios de forma consensual nos estágios terciários da sífilis. Alguns médicos acreditavam na eficácia de um e outro tratamento, mas não havia um método que convencesse grande parte destes profissionais de sua eficácia. Assim, o orgulho psiquiátrico de ter em sua alçada uma doença plenamente delineada e delimitada era frustrado pela incapacidade de trata-la. Estes fracassos terapêuticos com relação à PGP, e à neurosífilis de forma mais geral, reforçava o que muitos pesquisadores da área chamam de niilismo terapêutico do campo da

---

<sup>186</sup> *Ibidem*. pp. 113-130.



psiquiatria<sup>187</sup>. Em outras palavras, os psiquiatras não acreditavam num tratamento para as doenças em questão, e esta crença tinha desdobramentos sobre a relação desses médicos com seus pacientes e com a maneira de enxergar as entidades nosológicas que os acometiam.

Edward Brown aponta que em um questionário enviado no início do século XX para 200 hospitais norte-americanos nota-se que apenas 35% das instituições que responderam à pesquisa utilizavam tratamentos antissifilíticos em doentes de paralisia geral<sup>188</sup>. Os médicos escreviam que o tratamento era caro e incômodo e que não viam muito sentido em investir esforços em pacientes cujas esperanças de melhora eram mínimas ou, na maioria dos casos, nulas. Além disso, esses profissionais tinham grandes dificuldades em lidar com a classificação das remissões (melhoras significativas), pois além de não saberem sua natureza precisa, estas costumavam não ser permanentes, podendo durar aproximadamente entre seis meses e seis anos<sup>189</sup>.

Sérgio Carrara destaca que “Os anos 1920 testemunharam um movimento em direção a uma crescente intervenção federal em várias áreas das políticas públicas.”, entre elas, a saúde<sup>190</sup>. Em meio a este contexto, e àquele da “corrida psiquiátrica” rumo à conquista de um lugar entre o *hall* das ciências médicas, é que chega ao país uma terapêutica somática que se difundiu amplamente por diferentes lugares do mundo: a malarioterapia. O próximo capítulo desta dissertação se dedica a contar um pouco da trajetória deste tratamento, procurando ressaltar os pontos que explicariam por que uma terapia, a princípio tão perigosa aos olhos de muitos, se estabilizou enquanto um fato científico e se alastrou pelos Velho e Novo Continentes, sendo utilizada, em alguns países, até a década de 60 do século passado.

---

<sup>187</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* p. 250; SHORTER, E. Alternatives. *In The History of Psychiatry*. Nova York: John Wiley & Sons, 1997, pp. 190-287, pp. 192-196.

<sup>188</sup> BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 376.

<sup>189</sup> *Ibidem*.

<sup>190</sup> CARRARA, S. A Luta Antivenérea no Brasil. *In Tributo a Vênus – a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, pp. 165-286, p. 219.

## Capítulo 2

### Uma doença salutar?

“Febris ascendens spasmos solvet”  
(Hipócrates)

O efeito salutar da febre sobre determinadas doenças mentais é conhecido e estudado desde a antiguidade. Segundo Waldemiro Pires, médico psiquiatra que atuou no Hospício Nacional de Alienados e no Serviço de Neurosífilis da Fundação Gaffrée e Guinle, “A origem da malarioterapia remonta ao conceito hipocrático concernente a ação favorável de uma doença febril na evolução das psicoses.”<sup>191</sup>. Além de Hipócrates, e posteriormente, Galeno, Pinel, Esquirol e outros conhecidos personagens da história da medicina – especialmente da medicina mental – tiveram a oportunidade de constatar a melhoria dos sintomas de alguns de seus pacientes depois que cada um desses contraiu acidentalmente determinada doença infecciosa, como o cólera ou a tuberculose pulmonar<sup>192</sup>.

Neste capítulo analisaremos a trajetória de desenvolvimento da malarioterapia contemplando algumas das discussões que a circundaram. No primeiro item, trataremos mais especificamente do processo de criação da técnica e da figura polêmica de seu idealizador, Julius Wagner-Jauregg. Em seguida, abordaremos alguns dos estudos existentes sobre a aplicação da terapêutica em diferentes países, destacando as especificidades que julgamos importantes em cada caso narrado. Depois disso, segue um debate sobre os desdobramentos da criação da técnica, também sublinhando questões que consideramos imprescindíveis para as discussões que serão estabelecidas ao longo deste trabalho. Por fim, trataremos, de forma breve, sobre o processo de substituição da malarioterapia pela penicilina, antibiótico utilizado para o tratamento das diferentes formas de sífilis que *começou* a ser utilizado no início da década de 1940.

#### 2.1 – Julius Wagner-Jauregg e o desenvolvimento da malarioterapia

A malarioterapia foi utilizada pela primeira vez em 1917, na Clínica Psiquiátrica do Asilo de *Lower Austria*, em Viena. Seu idealizador, o psiquiatra austríaco Julius Wagner-

---

<sup>191</sup> PIRES, W. Histórico. In *Malarioterapia na Sífilis Nervosa*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934, pp. 7-10, p. 7.

<sup>192</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *Medical History*, Cambridge, v. 34, 1990, pp. 294-310, p. 295.

Jauregg, nasceu no ano de 1857 em Wels, cidade do mesmo país. A vida profissional de Jauregg começou na própria Viena, em 1874, quando entrou para o curso de medicina na universidade desta mesma cidade. Em seus anos de estudante, Jauregg visava à atuação na área da medicina interna, no entanto, seus interesses pela pesquisa no campo da patologia das doenças neurológicas e psiquiátricas foram despertados durante seu estágio com o diretor do Instituto de Patologia Experimental de Viena, o Dr. Salomon Stricker<sup>193</sup>. Em 1883, como médico assistente da Primeira Clínica Psiquiátrica, Wagner-Jauregg observou uma paciente da instituição se recuperar dos sintomas de seus distúrbios mentais após contrair erisipela. Curioso para descobrir se realmente havia relação entre a febre causada pela doença e a melhora das psicoses, o psiquiatra passou a estudar a literatura existente sobre o tema e logo coletou evidências que, em sua opinião, eram insuficientes, mas justificariam a continuidade de suas investigações. Após ler alguns trabalhos sobre o assunto, e convencido, então, da possibilidade de um real efeito salutar da febre sobre determinadas afecções mentais, o jovem psiquiatra iniciou uma série de complexos e trabalhosos experimentos, no final do ano de 1888<sup>194</sup>. Porém, durante os dois anos que se seguiram, os diversos testes executados por Jauregg com a bactéria causadora da erisipela e com a tuberculina produziram resultados pouco exitosos, como veremos adiante.

A tuberculina foi apresentada à comunidade médica por Robert Koch no 10º Congresso Internacional de Medicina, ocorrido na cidade de Berlim, em 1890. No entanto, a promissora cura para a doença cuja etiologia ele mesmo havia estabelecido em 1882, logo caminhou para o fracasso. Quando Koch e seus colaboradores apresentaram ao mundo a bactéria transmissora de uma das doenças que mais fazia vítimas por todo o globo, o bacteriologista alemão passou a se empenhar na busca de uma cura para a tuberculose. Assim, Robert Koch orientou seus estudos a partir da influência exercida pelas concepções relacionadas à resposta imunológica propostas por Louis Pasteur, e materializadas na criação de vacinas<sup>195</sup>.

---

<sup>193</sup> Salomon Stricker (1834-1898): patologista e histologista austríaco; formou-se em medicina na Universidade de Viena (1858); foi assistente de pesquisa de Ernst Wilhelm von Brücke no Instituto de Fisiologia (1855-1859); trabalhou no Hospital Geral de Viena (1859-1863); nomeado Professor Extraordinário e diretor do Instituto de Patologia Geral e Experimental de Viena (1868).

<sup>194</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* pp. 296-299; BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 378-380; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.*; WAGNER-JAUREGG, J. The history of the malaria treatment of general paralysis. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 102, 1946, pp. 577-582.

<sup>195</sup> GRADMANN, C. Robert Koch and the Pressures of Scientific Research: Tuberculosis and Tuberculin. *Medical History*, Londres, v. 45, 2001, pp. 1-32, p. 20.

No entanto, conforme se desenrolavam suas pesquisas o cientista chegava a três conclusões: primeiro, que o contato com a doença não produzia imunização do indivíduo; segundo, que Koch e os colegas que trabalhavam com ele nesta empreitada no *Imperial Health Office* não conseguiam uma atenuação das culturas; e terceiro, que as mesmas não apresentavam mudanças em suas características, especialmente em sua virulência. Assim, junto com outro bacteriologista de Hanover, Georg Theodor August Gaffky, Robert Koch reorientou suas diretrizes voltando sua atenção para substâncias que impediam o crescimento das culturas dos bacilos no laboratório, e que já haviam sido estudadas como possíveis formas de cura, porém, sem sucesso. Os pesquisadores cogitavam a possibilidade de que esta interrupção também pudesse ocorrer no organismo humano, no entanto, suas suposições foram frustradas quando os compostos se mostraram ineficientes nos testes executados por ambos, e, em 1886 o *Imperial Health Office* declarava o encerramento destes experimentos<sup>196</sup>.

O historiador Christoph Gradmann destaca, em seu artigo sobre a trajetória de Koch, que, durante o período entre 1885 e 1890, sua carreira sofreu uma interrupção e sua produção científica diminuiu consideravelmente. Para isso contribuíram certamente alguns problemas pessoais, como a separação de sua primeira esposa. No entanto, Gradmann ressalta o peso que as questões profissionais exerceram sobre esta fase da vida do pesquisador. Em 1885, Robert Koch tentou deixar o *Imperial Health Office* para criar seu próprio instituto de pesquisa, empreitada essa que falhou, direcionando o bacteriologista para um cargo recém-criado de professor de higiene na Universidade de Berlim. O cargo demandava que ele desempenhasse atividade que o desagradavam, como, por exemplo, ministrar aulas, e, por fim, sua saúde frágil impôs que o cientista desacelerasse sua vida acadêmica por certo tempo<sup>197</sup>.

No entanto, Christoph Gradmann escreve que, provavelmente neste mesmo período, Koch tenha conduzido experimentos em segredo, ainda buscando a cura para a tuberculose e refletindo sistematicamente sobre seus aprendizados anteriores, angariados no tempo das pesquisas sobre a etiologia da doença, e chegando, em 1890, à tuberculina. Ao apresentar seus resultados no congresso, a substância desenvolvida por Koch ganhou grande destaque, e o bacteriologista alemão viu aí o trampolim para sua tão sonhada projeção científica, tendo sido, em menos de um ano, nomeado como primeiro diretor de um recém-criado instituto de doenças infecciosas em Berlim<sup>198</sup>.

---

<sup>196</sup> *Ibidem*.

<sup>197</sup> *Ibidem*. p. 21.

<sup>198</sup> *Ibidem*. pp. 21-22.

Apesar disso, como também coloca Gradmann, os artigos redigidos pelo próprio pesquisador não elucidavam com detalhes como ele havia chegado a tal substância. Acreditava-se que a tuberculina se caracterizasse como uma substância que combatia a tuberculose, e que havia sido elaborada a partir de um extrato da cultura dos bacilos transmissores da doença, mas, isso não fica tão claro nos escritos de Koch, que relutava em fornecer mais detalhes sobre a natureza da substância. No final deste mesmo ano, quando colocado sobre pressão pela opinião pública e pelo governo alemão, o cientista forneceu informações mais detalhadas sobre a composição da tuberculina, revelação essa que se caracterizou como o pontapé inicial para o declínio da popularidade da substância, que se iniciou em 1891. Quando a eficácia dessa começou a ser questionada, Koch foi incapaz de reproduzir os experimentos que haviam “provado” seu valor inicial. Além disso, neste mesmo período, começaram a surgir relatos da piora e até da morte de pacientes tratados com a tuberculina<sup>199</sup>.

Gradmann explica que o que Koch julgou ser um processo de cura da tuberculose era, na realidade, uma resposta do organismo, no caso, das cobaias utilizadas por ele, à presença da tuberculina. O pesquisador reparou, então, que os efeitos colaterais provocados pela substância eram manifestados apenas por pacientes com a doença aguda, enquanto indivíduos sadios apresentavam somente reações brandas ou nenhuma reação a ela. Assim, Koch reinterpretou a utilidade da tuberculina, transformando-a de cura fracassada em um método diagnóstico para o reconhecimento de casos de tuberculose. Contudo, Gradmann ressalta que este teste com a tuberculina se modificou bastante ao longo do tempo, pois detectava apenas casos agudos da doença, enquanto o objetivo dos métodos posteriores era justamente identificar infecções primárias. Por fim, o autor conclui que a tuberculina como teste diagnóstico foi muito mais bem sucedida do que como método de cura<sup>200</sup>.

Provavelmente magnetizado pelo sucesso prometido pela tuberculina, Jauregg viu nesta substância a possibilidade de produzir os acessos febris vistos como salutareis sem que o paciente fosse infectado por um microrganismo. Porém, logo que o preparado de Koch foi considerado perigoso, Wagner-Jauregg optou por interromper temporariamente seus estudos, conforme conta em seu artigo sobre a história da malarioterapia: “Estes experimentos também tiveram que ser interrompidos prematuramente, porque a tuberculina foi logo considerada um

---

<sup>199</sup> *Ibidem*. pp. 23-25.

<sup>200</sup> *Ibidem*. pp. 26-27.

preparado perigoso. Por muitos anos ela foi banida da prática médica confiável. Tornando-se quase um crime utiliza-la.”<sup>201</sup>.

Em 1893, agora diretor da Primeira Clínica Psiquiátrica do asilo do condado de *Lower Austria* e professor da cadeira de psiquiatria na Universidade de Viena, Wagner-Jauregg foi incentivado a retomar suas investigações experimentais, devido aos resultados positivos obtidos por um de seus assistentes, Ernst Boeck – que havia dado continuidade aos experimentos com a tuberculina. Mesmo depois da saída de Boeck da clínica, Jauregg persistiu com os testes utilizando esta substância e tratando pacientes acometidos por diferentes doenças mentais, entre eles se encontravam alguns paralíticos. Nestes doentes, os resultados obtidos foram superiores àqueles observados nos demais indivíduos<sup>202</sup>.

Segundo Magda Whitrow, biógrafa de Wagner-Jauregg, o sucesso dos experimentos realizados nos paralíticos e as grandes dificuldades de tratamento da doença na época foram os dois fatores que direcionaram o foco dos estudos do esculápio para a tentativa de, então, encontrar a cura para esta afecção. Seguiu-se um aperfeiçoamento da tuberculinoterapia, agora realizada em consonância com a medicação antissifilítica disponível à época – a saber, o mercúrio e, mais tarde, o salvarsan – e cujos resultados perduraram como animadores, sendo esses apresentados pelo psiquiatra no 16º Congresso Médico Internacional em Budapeste, em 1909. Também motivado pelo sucesso dos testes, Jauregg passou a ministrar a tuberculinoterapia nos paralíticos que o procuravam em seu consultório particular<sup>203</sup>. Apesar de garantir que, por algum tempo, esse foi o melhor tratamento disponível para a PGP, a terapêutica combinada não conquistou grande aceitação:

O tratamento para paralisia geral com a tuberculina e o mercúrio [combinados] nunca foi, no entanto, amplamente utilizado. Os médicos-pesquisadores daquele período estavam hipnotizados com a descoberta da etiologia sífilítica da doença e enxergavam a solução para este problema somente no tratamento específico<sup>204</sup>.

No entanto, ainda antes de se dedicar à utilização da malária como ferramenta terapêutica contra a PGP, por volta do ano de 1910, Wagner-Jauregg conduziu alguns experimentos com culturas mortas de bactérias do gênero *Staphylococcus*. As fontes não deixam claro o motivo pelo qual o médico optou por utilizar estes microrganismos, contudo, é bastante provável que Jauregg também tenha enxergado nestas bactérias a possibilidade de

---

<sup>201</sup> WAGNER-JAUREGG, J. The history of the malaria treatment of general paralysis *op. cit.* p. 578.

<sup>202</sup> *Ibidem.* p. 578.

<sup>203</sup> *Ibidem.* pp. 578-579.

<sup>204</sup> *Ibidem.* p. 578.

provocar os acessos febris sem produzir complicações nos pacientes, e, por isso, julgo-as adequadas para os ensaios que intentava. Porém, os resultados dos testes não agradaram o psiquiatra, que logo os deixou de lado<sup>205</sup>.

Apesar de as primeiras tentativas de desenvolver um tratamento para a paralisia geral progressiva terem sido conduzidas com outros elementos orgânicos, a possibilidade de realizar experimentos com a infecção malárica era cogitada por Jauregg desde o ano de 1887. No entanto, para não ter de recorrer a esta agressiva doença, o médico buscava um tratamento alternativo que se mostrasse eficaz. Enfim, três foram os fatores que o fizeram se render aos experimentos com o paludismo: os resultados insatisfatórios com os demais métodos; o acúmulo de evidências que endossavam o efeito salutar da febre gerada a partir de uma infecção; e o contato com o dramático caso de um engenheiro acometido pela PGP. Assim, a oportunidade de colocar a ideia em prática surgiu em 1917, momento no qual já atuava na Clínica do Hospital Geral de Viena. Neste ano, um soldado que retornava do *front* macedônico acometido pela infecção palúdica do tipo *terçã* benigna foi admitido na instituição. Este tipo de malária é transmitido pelo *Plasmodium vivax*, uma das três espécies de agentes etiológicos que transmitem a doença a seres humanos<sup>206</sup>. Os acessos febris são seguidos de sudorese intensa e prostração<sup>207</sup>. A escolha de Jauregg pela utilização desta espécie baseou-se em duas de suas características: primeiro que, como dito anteriormente, essa é a espécie causadora da malária benigna (ou crônica), a qual, o médico acreditava, não colocaria a vida dos pacientes em risco. Segundo que a forma branda da malária poderia ser controlada com a administração do quinino, após dos acessos febris em número que se julgava adequado<sup>208</sup>.

Assim, tendo em mãos o sangue infectado com parasitos do paludismo e seguro de que não havia mosquitos do gênero *Anopheles* nos arredores da clínica, o psiquiatra iniciou seus

---

<sup>205</sup> WAGNER-JAUREGG, J. Ueber Behandlung der progressiven Paralyse mit Bakterientoxinen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Viena, v. 37, n. 59, 1909, pp. 2124-2127; WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* p. 303.

<sup>206</sup> Nos casos de malária branda, os sintomas geralmente apresentados são: mal-estar, calafrios e febre, cujas crises são inicialmente diárias e, depois de certo tempo, apresentam-se com intervalos de dois dias.

<sup>207</sup> As outras espécies de plasmódios capazes de transmitirem a malária a seres humanos são: *Plasmodium malariae*, transmissor da malária quartã; *Plasmodium falciparum*, responsável pela malária *terçã* maligna; *Plasmodium ovale*, que transmite um tipo de malária *terçã* raro e menos perigoso do que o tipo *terçã* maligna, e o *Plasmodium knowlesi*, que geralmente acomete macacos, sendo os casos de seres humanos infectados por ele, a princípio, mais raros. Caracteriza-se como transmissor de um tipo mais agressivo da doença; FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Glossário de doenças: malária*. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/mal%C3%A1ria>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

<sup>208</sup> PIRES, W. Técnica da malarioterapia. In *Malarioterapia na Sífilis Nervosa*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934, pp. 11-59; WAGNER-JAUREGG, J. The history of the malaria treatment of general paralysis *op. cit.* p. 578-581.

testes com a malária esfregando algumas gotas do sangue repleto de plasmódios nas escarificações epidérmicas de três paralíticos gerais que, posteriormente, tiveram amostras de seu sangue retirado e inoculadas em outros seis paralíticos. Em seguida, a malária do soldado foi debelada com a administração do quinino. Como resultado do tratamento ministrado nos nove pacientes, entre casos avançados e recentes da doença, e em cujo sangue a presença do *P. vivax* foi confirmada através de exames microscópicos, descreve-se um óbito, seis melhoras significativas e dois casos nos quais os enfermos tiveram que ser internados novamente. Dos seis pacientes que apresentaram melhoras significativas, apenas dois conservaram este estado, sendo capazes de retornar aos seus postos de trabalho: um era militar e o outro, clérigo. Os quatro demais logo apresentaram recaídas da paralisia geral. E ainda, sobre os dois indivíduos que precisaram ser reinternados, especulamos que o ocorrido tenha se devido ao fato do tratamento não ter surtido efeito nos mesmos. Dessa forma, ambos tiveram que ser novamente submetidos aos cuidados asilares<sup>209</sup>.

O primeiro protocolo formal do tratamento elaborado por Julius Wagner-Jauregg, após certo tempo e uma longa série de outros testes, resumia-se aos seguintes procedimentos: o agente etiológico da malária crônica era inoculado no paciente, agora, através de injeções subcutâneas, aguardando-se os acessos febris que deveriam ocorrer em um número entre sete e doze. Não encontramos informações sobre a origem deste intervalo, no entanto, acreditamos ter sido estabelecido por Jauregg de forma empírica, com base nos resultados de seus experimentos. Atingido o contingente de crises julgado necessário pelo médico, administrava-se um grama de bissulfato de quinina por dia, durante três dias, e logo esta quantidade era diminuída para meio grama administrado por mais 15 dias. Por fim, três doses de neosalvarsan eram injetadas por via intravenosa nos pacientes, uma vez a cada semana. Jauregg, geralmente, combinava as terapêuticas as quais desenvolveu e/ou estudou com a medicação antissifilítica disponível à época, pois, ao contrário de muitos psiquiatras de seu tempo, acreditava que essa poderia, sim, trazer benefícios aos paralíticos, por menores que fossem<sup>210</sup>. Posto isso, podemos pensar que os resultados positivos obtidos, então, poderiam se dever ao uso desta medicação (mercúrio, salvarsan e neosalvarsan), porém, essas não funcionavam por si só, ou seja, sem estarem combinadas com outra terapêutica.

Conforme era conduzido um número cada vez maior de malarizações, os médicos adeptos do método logo notaram que esse era mais eficiente em pacientes cuja doença se encontrava em estágio menos avançado – e que, por isso, tinham um melhor prognóstico.

---

<sup>209</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* pp. 304-305.

<sup>210</sup> WAGNER-JAUREGG, J. The history of the malaria treatment of general paralysis *op. cit.* p. 579.



Estudiosos atuais do tema defendem o argumento de que este tipo de observação levava-os a selecionarem os indivíduos que seriam, então, mais “adequados” para o tratamento, favorecendo as estatísticas positivas, e fazendo com que poucas fossem as mortes atribuídas à malarioterapia<sup>211</sup>. Não descartamos a possibilidade de esta “seleção” ter ocorrido. Porém, não podemos *afirmar* que houve má fé e/ou intenção de manipular resultados por parte dos médicos, numa tentativa de que o novo tratamento tivesse sua reputação favorecida. Ao analisarmos alguns fatos, chamamos atenção para duas questões.

Em primeiro lugar, se mencionar esta distinção por parte dos psiquiatras significa a tentativa de construir um argumento que endosse a ineficácia do tratamento, esta discussão não interessa ao presente trabalho. Como já mencionado em sua introdução, o objetivo desta dissertação não é discutir se a malarioterapia era ou não eficaz enquanto terapêutica para formas de sífilis nervosa, ou para qualquer outra doença na qual se tentou emprega-la. Procuramos sim, compreender o processo de consolidação de uma tecnologia médica que – aos olhos de muitos, nos dias de hoje, e de alguns no início do século passado – era considerada nada convencional. Além disso, pretendemos elucidar os eventuais subsídios que a técnica pôde fornecer para a consolidação do campo da psiquiatria no Rio de Janeiro, como ocorreu em outros países, segundo o que veremos mais adiante neste capítulo.

Em segundo lugar, a malarioterapia era, declaradamente, um tratamento delicado e, em alguns casos, até perigoso. Dessa forma, é *possível* que a referida “triagem” se caracterizasse como uma tentativa de evitar que pacientes muito debilitados fossem expostos aos riscos de um tratamento que não pudessem suportar, ou ainda, que trouxesse mais prejuízos do que benefícios para seu estado. Um indício a favor desta hipótese repousa no trecho redigido pelo médico psiquiatra Waldemiro Pires, e encontrado em seu livro “Malarioterapia na Sífilis Nervosa”, publicado em 1934:

As indicações e contraindicações [da malarioterapia] eram, por assim dizer, sistematicamente negligenciadas, nos primeiros ensaios, preferindo-se até paráliticos gerais, em estado de caquexia, para verificarem-se os efeitos do novo método terapêutico. Explica-se, assim, a mortalidade considerável, nas primeiras estatísticas<sup>212</sup>.

---

<sup>211</sup> AUSTIN, S. C., STOLLEY, P. D.; LASKY, T. The history of malariotherapy for neurosyphilis – modern parallels. *Journal of the American Medical Association*. Chicago, v. 268, n. 4, 1992, pp. 516-519, pp. 517-518; SHORTER, E. Alternatives. *op. cit.* pp. 192-196.

<sup>212</sup> PIRES, W. Técnica da malarioterapia. *op. cit.* p. 50.

Vejam que o discurso de Pires enuncia uma prática exatamente oposta àquela “denunciada” pelos historiadores da malarioterapia, quando se fala sobre os períodos iniciais de consolidação do tratamento. O médico continua:

A conduta atual é justamente oposta, pois a malária é indicada, *somente*, nos casos, que se encontram em condições de suportá-la.

Nem todos os paralíticos gerais podem submeter-se à malarioterapia. [...] Nos [sic] doentes que se acham em bom estado de nutrição, sem nenhuma alteração orgânica aguda ou crônica, de caráter grave, a malarização poderá ser feita, sob vigilância médica e quinioterapia oportuna<sup>213</sup>.

Assim, reconhecer que a malarioterapia somente deveria ser realizada em pacientes que pudessem suportá-la e, conseqüentemente, indicar tal precaução não caracteriza uma manipulação de resultados. Significa que este é um tratamento que só deve ser empregado em doentes que não estejam em condições de debilitação extrema. Atualmente, o mesmo ocorre com uma série de tratamentos intensivos e desgastantes, como nos casos de indicação da quimioterapia para o tratamento de diferentes tipos de câncer, por exemplo. Também através das fontes brasileiras, percebo que, em seus textos, muitos autores destacam que resultados mais eficazes poderiam ser obtidos quanto mais *depressa* fosse administrada a malarioterapia. Assim, e mais uma vez, o tratamento precoce já se caracterizava como uma indicação protocolar médica:

A malária, inoculada no início da doença, quando não há ainda graves lesões dos tecidos nervosos, traz quase sempre remissão que permite ao doente retomar suas ocupações primitivas, sobretudo quando se tratar de profissão que não exija grande aplicação intelectual<sup>214</sup>.

No entanto, as questões por nós aqui colocadas dizem respeito à realidade da cidade do Rio de Janeiro, não passando de especulações se extrapoladas para outros casos, uma vez que não tivemos contato com fontes primárias que pudessem endossá-las para demais exemplos.

Ao longo das décadas, houve diversas modificações na maneira de ministrar a malarioterapia no que dizia respeito ao número de acessos febris, ao tipo, quantidade e frequência de administração de quinino e da medicação antissifilítica a ser utilizada, aos

---

<sup>213</sup> *Ibidem*. pp. 50-51. Grifo meu.

<sup>214</sup> PACHECO E SILVA, A. C. *Neurossífilis. op. cit.* p. 142.

cuidados que deveriam ser tomados com os pacientes, às contraindicações do tratamento etc. No entanto, a utilização do *P. vivax* rapidamente tornou-se paradigmática, devido às suas características, já mencionadas. Também quase que de forma consensual, os médicos recomendavam que o tratamento não fosse administrado em pacientes com insuficiência cardíaca, renal, hepática, nem em doentes com problemas relacionados à desnutrição, como a deficiência de vitaminas e/ou anemia e, por fim, a terapêutica era igualmente contraindicada em indivíduos de idade avançada<sup>215</sup>. Alguns aspectos dos processos de circulação transnacional da terapêutica encabeçados por doutores de outras nacionalidades será tema do tópico 2.2 deste capítulo, assim como as experiências brasileiras que não a especificamente carioca. Essa será tema integral do capítulo 3 desta dissertação.

Apesar dos primeiros resultados não terem se mostrado amplamente satisfatórios, Wagner-Jauregg optou por dar continuidade aos seus testes com a nova terapêutica, mas não dispunha de pacientes palúdicos. O psiquiatra decidiu, então, fazer contato com um especialista em medicina interna que chefiava um departamento no hospital militar, instituição que comumente recebia muitos indivíduos acometidos pela malária, grande parte deles certamente infectada nos *fronts*. É interessante pensarmos que o contexto da Primeira Guerra Mundial, no qual surgiu a malarioterapia, contribuiu amplamente para o desenvolvimento da técnica, já que, como apontam a bibliografia e as fontes, alguns dos atores que tiveram papel fundamental no desenrolar do processo foram exatamente soldados acometidos pela moléstia em questão. Estes homens serviram como doadores do sangue infectado, material que possibilitou não só o início da realização dos testes, mas também a continuidade dos mesmos.

Durante a Primeira Guerra Mundial, a malária foi um dos maiores obstáculos que tiveram de ser enfrentados pelos militares estrategistas e, especialmente, por aqueles que atuavam nos *fronts*, os soldados. Segundo Bernard J. Brabin, em seu artigo que fala sobre o grande impacto que a doença causou na Primeira Guerra, alguns fatores contribuíram em larga escala para a disseminação da doença, como a dificuldade de tratar os soldados infectados, a constante mobilidade de certas tropas, que auxiliavam na disseminação de seu agente etiológico, a imigração de pessoas não imunizadas através das áreas epidêmicas, alguns hábitos comuns nos acampamentos, mudanças climáticas que coincidentemente ocorriam no mesmo período etc. Brabin destaca algumas regiões nas quais a malária atingiu

---

<sup>215</sup> *Ibidem*.

índices epidêmicos, como a Macedônia, a Palestina, a região da antiga Mesopotâmia, Inglaterra, Itália, África Subsaariana e algumas regiões do pacífico<sup>216</sup>.

De acordo com Brabin, a experiência mais significativa de combate e prevenção da doença ocorreu na região macedônica, onde se realizava a profilaxia e o tratamento através da administração de medicamentos, do uso de proteção pessoal e onde se promovia a contenção e destruição dos vetores. No entanto, essas medidas não eram postas em prática facilmente. Durante o conflito, a utilização do quinino como forma de tratamento e prevenção ainda estava sendo testada. Apesar dos estudos acerca da questão terem sido exaustivos, o avanço das pesquisas foi limitado devido à falta de conhecimento sobre certas características do ciclo do protozoário. A utilização de pomadas era complicada, assim como as de redes de proteção individual, especialmente durante os combates. Ademais, a densidade de mosquitos em certas regiões era muito grande, o que dificultava demais sua eliminação. Por fim, da mesma forma que indivíduos não infectados deveriam permanecer longe de vetores em potencial, aqueles que estavam doentes deveriam se proteger das picadas de mosquitos não infectados, pois poderiam transformá-los em transmissores do plasmódio<sup>217</sup>.

Assim, constituindo-se como o maior inimigo de ambos os lados, a malária matou muitos militares durante a guerra, além dos civis que acabaram sendo acometidos pela doença devido a sua disseminação pelo oeste e leste europeus, por conta da movimentação das tropas participantes do conflito. O episódio estimulou o desenvolvimento do campo da medicina em geral, mas, especialmente, as áreas da medicina experimental e da medicina tropical. Diversas questões em torno da doença geraram inúmeras polêmicas e disputas, especialmente no que dizia respeito à sua prevenção e cura, o que motivou muitos estudos na área da imunologia, da hematologia, da terapêutica, do cultivo celular etc<sup>218</sup>.

O médico militar contatado por Jauregg forneceu então a ele as amostras de sangue que, teoricamente, estariam infectadas com o *Plasmodium vivax*. O psiquiatra vienense confiou na procedência do material e negligenciou os testes microscópicos que verificariam se no sangue estaria presente, de fato, o microrganismo correto. Dos quatro pacientes infectados, três foram a óbito. Constatou-se que, na realidade, estava presente nas amostras o plasmódio

---

<sup>216</sup> BRABIN, B. Malaria's contribution to World War One – the unexpected adversary. *Malaria Journal*, Londres, v. 13, n. 497, 2014, pp. 1-22.

<sup>217</sup> *Ibidem*. p. 13.

<sup>218</sup> *Ibidem*. pp. 19-20. A título de exemplo, cabe mencionar a importância da Primeira Guerra para os debates sobre a terapia com o quinino e a resistência que o uso contínuo da droga parecia provocar entre os agentes da malária. Tal debate envolveu outras questões nebulosas à época, como a imunologia relacionada à doença. A esse respeito ver SILVA, A. F. C. da; BENCHIMOL, J. L. Malaria and quinine resistance: the circulation of a medical and scientific issue between Brazil and Germany (1907-1919). *Medical History*, Cambridge, v. 58, n. 1, 2014, pp. 1-26.

transmissor da malária tropical – o *Plasmodium falciparum* – considerada maligna. O quarto paciente sobreviveu após a aplicação de enormes doses de quinina e de injeções de neosalvarsan, administradas durante 45 dias. Depois de recuperado, os médicos puderam notar que os sintomas de sua paralisia desapareceram completa e permanentemente<sup>219</sup>.

O deslize do psiquiatra austríaco que culminou neste infortúnio foi um dos responsáveis pela interrupção temporária de seus experimentos com a malarioterapia e transformou o exame microscópico do sangue em cláusula fundamental do protocolo da técnica. Outro fator que motivou a pausa em seus estudos foram os bons resultados obtidos por alguns pesquisadores com a inoculação da febre recorrente, em certa medida análoga à malária por provocar acessos febris em intervalos regulares. Infelizmente, não temos maiores informações sobre a evolução destes testes e, por isso, não sabemos se os resultados positivos se sustentaram, mas acreditamos que sim, pois, mais a frente, veremos uma declaração do médico tropical alemão Peter Mühlens sobre este assunto<sup>220</sup>.

Em setembro de 1919, Wagner-Jauregg foi contatado pelo Professor Robert Doerr, um bacteriologista que ministrava aulas de saúde pública e higiene na Universidade de Basel na Suíça. O cientista realizava testes com vacinas contra a malária e dizia dispor de um caso de paludismo benigno. Doerr permaneceu por certo período na cidade de Viena (até 1919) quando provavelmente tomou conhecimento dos experimentos que estavam sendo empreendidos por Jauregg, decidindo por contatá-lo. O bacteriologista precisava inocular paralíticos gerais com a doença para dar continuidade às suas pesquisas e num experimento, que possibilitou a retomada do estudo da malarioterapia, infectou três pacientes de PGP. Um deles, posteriormente, viria a fornecer sangue “seguro” para a inoculação de outros paralíticos, abrindo novamente – para a satisfação de Wagner-Jauregg – as portas para sua terapêutica. Com efeito, o tratamento passou a ser sistematicamente aplicado em paralíticos gerais e pacientes com tabes internados na Clínica Psiquiátrica de Viena e seu diretor tornou-se representante da Áustria no Conselho da Associação Germânica de Psiquiatria<sup>221</sup>.

Em 1920, na conferência anual da Associação ocorrida em Hamburgo, um médico que atuava no Asilo Municipal desta mesma cidade apresentou alguns casos de paralíticos gerais

---

<sup>219</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* p. 305.

<sup>220</sup> MÜHLENS, P.; KIRSCHBAUM, W. Inoculaciones artificiales de malaria y recurrentis. *Revista Médica de Hamburgo*, Hamburgo, v. 3, n. 8, 1922, p. 249. Febre recorrente: doença causada pela bactéria *Borrelia recurrentis*, cujos vetores podem ser por piolhos ou carrapatos. Os sintomas mais comuns desta enfermidade são febres periódicas, dores no corpo, especialmente na cabeça e nas articulações, náuseas e calafrios. Seres humanos são afetados raramente e o tratamento realizado através de antibióticos. FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Saúde: Febre recorrente*. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=750&sid=8>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

<sup>221</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* p. 305.

tratados pela malária na instituição da qual fazia parte e, apenas no final de sua fala, mencionou os experimentos do doutor vienense, que estava presente. Quando a conferência do médico hamburguês foi publicada, a prioridade de Jauregg quanto ao desenvolvimento da malarioterapia foi atestada. No entanto, independentemente do ocorrido, a bibliografia que abarca a trajetória do psiquiatra vienense e de sua terapêutica menciona que antes dele, em 1876, o médico chefe do Hospital de Psicopatas de Odessa, Alexander Samoilovich Rosenblum, já havia tido interesse pelo papel das febres infecciosas – malária, febre tifóide e febre recorrente – nas psicoses<sup>222</sup>.

Num artigo publicado em um periódico russo, entre os anos de 1876 e 1877, Rosenblum diz ter curado completamente, após acessos de febre recorrente, onze dos 22 pacientes mentais acometidos por diferentes afecções. No texto, o médico russo não deixa claro que a febre foi induzida por ele, provavelmente por receio de sofrer sanções por parte do governo de seu país. No entanto, suas correspondências com B. Oaks – médico responsável por partilhar os resultados de Rosenblum com o círculo científico germânico e cujo primeiro nome não conseguimos identificar – fazem claro o caráter intencional das inoculações. Oaks foi um dos primeiros e únicos pesquisadores, junto com o bacteriologista Motschutkoffsky, a mencionar Alexander Rosenblum num artigo publicado em 1880, também sobre o efeito das febres nas afecções mentais. Os esforços do médico russo vieram à tona de forma mais geral apenas quando, em 1943, os professores da Universidade de Northwestern S. J. Zakon e C. A. Neymann traduziram seu artigo original do russo para o inglês<sup>223</sup>.

Wagner-Jauregg teve contato com os trabalhos de Oaks e Motschutkoffsky, mas relutou em admitir o pioneirismo de Rosenblum, questionando se a febre teria sido induzida com a finalidade de estudar seus efeitos psiquiátricos ou de observar a dinâmica de transmissão destas doenças infecciosas. O médico vienense afirma ainda que entre os pacientes de Rosenblum não havia paralíticos gerais. Finalmente, em 1935, Jauregg reconhece a vanguarda de Alexander Rosenblum e concede a ele o crédito pela descoberta. No entanto, entre os pesquisadores que escreveram sobre a disputa pela autoria do desenvolvimento da malarioterapia as conclusões se dividem, devido às diferentes interpretações das fontes e dos dados históricos fornecidos por eles. Magda Whitrow e Cynthia Tsay parecem dar o crédito

---

<sup>222</sup> *Ibidem*; WAGNER, J. The history of the malaria treatment of general paralysis. *op. cit.* pp. 580-581; TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 247-248. A bibliografia à qual tivemos acesso não explicita a identidade deste médico. No entanto, temos indícios para acreditar na possibilidade de que este médico fosse Walter Kirschbaum.

<sup>223</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 247-248.

de pioneiro ao médico russo, já Walter Bruetsch insinua acreditar que os louros deveriam ser destinados a Wagner-Jauregg. Bruetsch – médico de Indianópolis que assina a tradução para o inglês do artigo de Jauregg sobre a história da terapêutica – afirma em seus comentários que Rosenblum não deu continuidade aos seus experimentos e que, por isso, não teria desenvolvido o tratamento piretotéropico<sup>224</sup>.

Analisar com minúcia esta interessante querela entre Jauregg e Rosenblum demandaria a consulta a outras fontes e uma dedicação a um exercício que foge da proposta desta dissertação. Por isso, concentramo-nos apenas na tarefa de elencar os diferentes entendimentos dos historiadores que se propuseram a investigar este conflito. Além do mais, a discussão de supostas prioridades em descobertas científicas não condiz com os referenciais teóricos da historiografia das ciências e da medicina que utilizamos nesse trabalho. Ludwick Fleck foi um dos primeiros autores a descrever e abordar o processo de produção do conhecimento como uma atividade coletiva, indo além e afirmando que este exercício só é possível por causa e a partir dessa coletivização<sup>225</sup>.

Para desenvolver tais ideias Fleck cunha os termos “coletivo de pensamento” e “estilo de pensamento”. Por “coletivo de pensamento” o autor se refere a um grupo de pessoas que compartilham ou são influenciadas pelo mesmo tipo de pensamento. Quando falamos especificamente sobre *cientistas* que compartilham o mesmo coletivo de pensamento, nos referimos a profissionais, geralmente pertencentes a uma mesma área, que trabalham e se posicionam desenvolvendo sua atividade científica de acordo com um conjunto de ideais compartilhados. Um determinado coletivo de pensamento compartilha o que o autor chama de “estilo de pensamento”, ou seja, convicções, métodos, técnicas, ideias, concepções, verdades<sup>226</sup>. Assim como Ludwick Fleck, entendemos o exercício de produção do conhecimento como um processo complexo e um esforço coletivo, do qual participam uma série de atores. Dessa forma, não faz sentido que designemos um primeiro e/ou único indivíduo como inventor ou revelador da malarioterapia.

Conforme se expandia a utilização da nova terapêutica, em termos de números e de território, também avançavam as pesquisas que visavam a uma amplificação do espectro de aplicação da malarioterapia. De acordo com Joel Braslow, durante os anos de 1930 e 1931

---

<sup>224</sup> WAGNER, J. The history of the malaria treatment of general paralysis. *op. cit.* p. 581; WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* p. 299; TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 247-248.

<sup>225</sup> FLECK, L. Consequências para a teoria do conhecimento da história apresentada de um conceito. *In Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010, pp. 61-95, pp. 81-95.

<sup>226</sup> *Ibidem*.

foram publicados aproximadamente 320 artigos sobre o tema<sup>227</sup>. Pude perceber através da bibliografia consultada sobre ele, que muitos dos médicos estrangeiros que tomaram conhecimento sobre a técnica o fizeram quando estiveram em Viena, alguns em viagens acadêmicas, inclusive. A eficácia do tratamento foi testada em outras doenças como a tabes, a esquizofrenia, a epilepsia, a psicose maníaco-depressiva etc. Além disso, o próprio Jauregg propôs que se ministrasse a terapia como medida profilática, ou seja, que se malarizasse sífilíticos que não haviam ainda desenvolvido os sintomas da PGP, mas que caminhavam para tal destino. Contudo, havia um obstáculo para colocar em prática tal medida, já que na clínica onde atuava não havia pacientes neste estágio intermediário. Assim, Jauregg decidiu por enviar um de seus assistentes, o Dr. Bernhard Dattner, para apresentar a proposta ao Professor Josef Kyrle, dermatologista que atuava na Clínica para Sífilis, onde a profilaxia da paralisia geral progressiva poderia ser realizada<sup>228</sup>.

A princípio Kyrle não gostou muito da ideia, pois, a seu ver, havia muita diferença entre inocular malária em um paralisado cujo futuro era vazio de esperanças, e fazê-lo em pacientes aparentemente saudáveis – que não apresentavam os sintomas da PGP – apenas porque o resultado da reação de Wassermann nestes indivíduos se mostrava positivo. No entanto, alguns dias depois, o professor admitiu para Wagner-Jauregg que havia administrado o tratamento profilático e que ele havia funcionado, apresentando, assim, seus resultados em um encontro da Sociedade Germânica de Psiquiatria e da Sociedade de Neurologistas e Venereologistas Germânicos, em 1924. No entanto, quando a medida profilática proposta por Wagner-Jauregg se disseminou para outros círculos psiquiátricos, a proposta foi considerada muito radical por grande parte dos médicos e, por isso, pouco aceita e empregada<sup>229</sup>. No Rio de Janeiro, alguns médicos parecem ter enxergado com bons olhos tal proposta, assim nos ocuparemos de suas opiniões no terceiro capítulo desta dissertação.

Apesar da ideia da utilização da malarioterapia como medida profilática ter desagradado um número considerável de psiquiatras, a técnica como tratamento específico para a paralisia geral progressiva foi, de maneira geral, muito bem aceita, se difundindo por um número significativo de países pertencentes não apenas ao Velho Continente, mas também às Américas e até à Oceania. Magda Whitrow escreve que os protocolos de administração da técnica variavam de acordo com o país, no entanto, nós iríamos além, dizendo que estes eram apropriados de formas específicas pelos grupos de médicos que se tornaram adeptos do

---

<sup>227</sup> BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 589.

<sup>228</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* p. 307.

<sup>229</sup> *Ibidem.*



tratamento. Porém, da mesma maneira que, entre os doutores, mudavam alguns elementos referentes ao jeito de administrar a terapêutica, a forma como eram transmitidos os resultados também levou um tempo para ser minimamente estandardizada. Diferentes níveis de remissão (melhora) eram levados em conta, mas, em geral, fazia-se referência às seguintes categorias: remissões completas (ou curas), remissões incompletas (parciais), casos estacionários, pioras e óbitos. Desse modo, as estatísticas de convalescença registradas, geralmente, ficavam em torno de 30% de remissões completas e 20% de remissões incompletas, sendo a malarioterapia mais eficiente quanto mais recente fosse feito o diagnóstico da paralisia geral progressiva<sup>230</sup>.

Segundo Whitrow, os sintomas que apresentavam melhorias mais significativas com a administração da terapia eram os problemas com a escrita e com a fala. Os padrões de reação pupilar característicos da PGP e muito falados pelos médicos não se alteravam na maioria dos casos, assim como os resultados da reação de Wassermann, que, normalmente, continuavam positivos no sangue e no líquido cefalorraquidiano, durante algum longo tempo. Nestes últimos casos, Jauregg recomendava uma nova administração do tratamento que, aos seus olhos, deveria ser considerado uma terapêutica *específica*. Esta posição do psiquiatra vienense frente à especificidade da malarioterapia teve um grande peso para o campo da psiquiatria organicista, contudo, este é um assunto que deixaremos para explorar ao final deste capítulo. Como já mencionado, os pormenores das experiências que julgamos mais ricas e interessantes serão tratados adiante, no próximo item deste mesmo capítulo, acrescidas de reflexões que consideramos importantes e pertinentes para que possamos entender melhor a trajetória da estabilização de um tratamento, a princípio tão polêmico, como um fato científico, e fazer eventuais comparações com o caso do Rio de Janeiro.

Assim como sua difusão, a malarioterapia teve ampla repercussão entre os periódicos especializados, publicados ao longo da década de 1920. A Revista Médica de Hamburgo publicou, entre notas e artigos, sete textos sobre o tema entre os anos de 1920 e 1928, além daqueles que falavam de forma mais geral sobre as terapêuticas da sífilis e da paralisia geral progressiva. A Revista fora criada com o objetivo de reaproximar médicos alemães, espanhóis e latino-americanos, cujas relações científicas haviam sido abaladas pela Primeira Guerra Mundial. A principal proposta da publicação seria acompanhar os avanços da medicina nas suas mais variadas especialidades e, para isso, Ludolph Brauer, Bernhard Nocht, F. Rabe, Peter Mühlens e Máximo Asenjo – único diretor sul americano do periódico – pediam a

---

<sup>230</sup> *Ibidem.*

colaboração destes médicos, incentivando-os a enviarem seus trabalhos, críticas e sugestões para a revista cujo conteúdo encontrava-se em espanhol<sup>231</sup>. Além da RMH, há o exemplo do *American Journal of Psychiatry*, que, em 1923, publicou um editorial que aconselhava que todo grande hospital, cujo foco fosse o tratamento de afecções mentais, deveria manter alguns pacientes acometidos pela malária como fonte de material para a realização da malarioterapia<sup>232</sup>.

Porém, o considerável impacto da nova técnica também gerou preocupações no que dizia respeito à eventual possibilidade de alastramento da malária. Muitos esculápios que dedicavam seu tempo aprimorando os protocolos da terapia palúdica acreditavam que a melhor maneira de inocular o *Plasmodium vivax* seria através da própria picada do mosquito do gênero *Anopheles*, vetor natural do paludismo. Wagner-Jauregg era contra esta forma de transmissão, pois não acreditava em sua eficiência e temia que protagonizasse o papel de pivô no desencadeamento de um desastre. Em 1924, a revista *Nature* publicou um editorial alertando a possibilidade de outras pessoas contraírem a infecção palúdica devido a um eventual aumento no número de mosquitos infectados – já que eles poderiam picar os paráliticos impaludados – e mencionava uma carta do *Board of Control*<sup>233</sup> dirigida aos superintendentes dos hospícios norte-americanos aconselhando certas precauções ao trazer o novo tratamento para seu quadro terapêutico<sup>234</sup>.

Como veremos nos exemplos adiante, grande parte dos médicos que lutou pela implementação da malarioterapia nas instituições psiquiátricas nas quais atuavam rapidamente se atentou para este fato e, muitas vezes, cada um deles tomou suas próprias precauções. Um exemplo disso foi o idealizador da técnica que tratou de verificar a existência de mosquitos *Anopheles* nas redondezas da clínica de Viena, constatando que esses não estavam entre os culicídeos<sup>235</sup> da região. Observaremos no capítulo 3 deste trabalho que a preocupação com um possível alastramento da malária constituiu-se como uma questão também pensada por Waldemiro Pires. O médico carioca reuniu argumentos que desmistificassem este risco, após averiguar por si mesmo que o receio de fato se caracterizava como tal.

---

<sup>231</sup> SÁ, M. R.; SILVA, A. F. C. da. La Revista Medica de Hamburgo y la Revista Medica Germano-Ibero-Americana: diseminación de la medicina germánica en España y América Latina (1920-1933). *Asclepio*, Madrid, v. 62, 2010, pp. 7-34.

<sup>232</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* p. 308.

<sup>233</sup> *Board of Control*: corpo executivo municipal que lida com assuntos administrativos e financeiros. Foram introduzidos em diversas cidades norte-americanas no início do século XX.

<sup>234</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* p. 309.

<sup>235</sup> O gênero *Anopheles* pertence à família *Culicidae*, por isso, o mosquito pode ser chamado de forma genérica de culicídeo.

## 2.2 – A malarioterapia como uma técnica cosmopolita

As primeiras experiências com a malarioterapia em Viena foram consideradas bem sucedidas pelos médicos envolvidos e a técnica se cosmopolizou, tornando-se o tratamento padrão para os casos de paralisia geral progressiva em instituições de saúde mental localizadas nos mais diferentes países do mundo. Psiquiatras de diferentes nacionalidades se dedicavam às tentativas de replicação dos resultados obtidos pelos idealizadores austríacos, no entanto e obviamente, a utilização da nova técnica foi apropriada e adequada à realidade na qual trabalhavam estes diferentes médicos, como já mencionado. Assim, no que diz respeito ao registro dos efeitos da terapêutica recém-criada, dois aspectos devem ser ressaltados.

O primeiro relaciona-se à variação e, conseqüentemente, dificuldade de padronização das categorizações do estado do paciente depois da(s) malarização(ões)<sup>236</sup>. Em outras palavras, a classificação dos diferentes graus de melhora no quadro do doente podia variar entre grupos de médicos. Como já mencionado, muitos seguiam um enquadramento com cinco níveis: “cura” ou “remissão completa” (que, geralmente, caracterizava-se quando o paralítico voltava à sua vida normal); “melhora” ou “remissão incompleta” (quando havia a diminuição de alguns sintomas da doença); “sem mudanças” (e aqui se compreende aqueles pacientes cujos sintomas não melhoraram, mas também não avançaram); “piora” e “óbito”. Porém, para alguns doutores, a categoria “melhora” podia ser dividida em progressos mais brandos ou mais evidentes. Este, inclusive, será objeto de apropriação de dois médicos brasileiros, que criarão um nível a mais nesta escala, no entanto, deixaremos para explorar esta questão no capítulo 3 deste trabalho.

O segundo está ligado às estatísticas que faziam referência à eficácia do tratamento, e podiam variar em uma escala de 20% a 70% de melhorias, e aqui incluímos remissões completas e incompletas<sup>237</sup>. Sabemos que existem muitas formas de lidar com os contingentes de uma estatística e que o tamanho do espaço amostral (n) influencia quando estes números são transformados em porcentagem. Assim, se um médico malarizava 100 pacientes e encontrava um percentual de curas de 30%, isso era muito mais significativo do que um caso no qual o profissional administrava a malarioterapia em apenas 20 paralíticos e também alcançava 30% de curas. Assim, não pretendemos nos ater muito a estes números, porque o objetivo deste trabalho não é julgar e nem discutir a eficácia da terapêutica pela malária. Para

---

<sup>236</sup> Em casos nos quais a primeira tentativa de malarização não surtia efeito, Wagner-Jauregg recomendava que o processo fosse repetido. O mesmo procedimento também era indicado em casos de pacientes que melhoraram e que algum tempo depois sofriam uma recaída.

<sup>237</sup> BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy. *op. cit.* p. 379.

nós, o fato de grande parte dos psiquiatras que atuavam em diferentes países durante a primeira metade do século XX acreditar na eficiência do tratamento é *evidente* e constitui-se como dado suficiente para que, aí sim, sejam levantadas questões cuja pertinência é manifesta para os debates estabelecidos pelo presente estudo.

De acordo com nossas pesquisas, fontes primárias e secundárias mostram que a terapêutica foi utilizada em países como Áustria, Alemanha, Inglaterra, Holanda, Dinamarca, na antiga Tchecoslováquia, Espanha, Itália, Rússia, França, Portugal, Turquia, Estados Unidos, Austrália, Argentina, Uruguai e Brasil<sup>238</sup>. Desta forma, muitos são os trabalhos que tratam do tema e, ao entrarmos em contato com algumas das pesquisas citadas, podemos perceber que o tratamento recém-criado sofreu apropriações bastante diversas por parte dos médicos que faziam uso dele. Assim, enxergamos a malarioterapia como um *objeto de fronteira*, tomando de empréstimo a expressão cunhada pelos pesquisadores da história da ciência Susan Leigh Star e James R. Griesemer, cuja proposta teórica figura bastante pertinente para o trabalho em questão, como explicado em sua introdução<sup>239</sup>.

Ao analisarmos a historiografia sobre o tema, podemos constatar que muitas das apropriações sofridas pela malarioterapia foram promovidas por médicos inseridos no campo da psiquiatria. Porém, também há estudos que demonstram o envolvimento de profissionais atuantes na área da dermatosifilografia e, *especialmente*, da medicina tropical, com a técnica de Wagner-Jauregg. Stefan Wulf e Heinz-Peter Schmiedebach, por exemplo, demonstram que entre os principais responsáveis pela divulgação da malarioterapia na cidade de Hamburgo estiveram Peter Mühlens, especialista em malária e desde 1919 diretor do departamento clínico do Instituto de Doenças Marítimas e Tropicais desta cidade (IDMTH); Wilhelm Weygandt, desde 1908 diretor do hospício de Friedrichsberg, e Walter Kirschbaum, jovem psiquiatra que desde 1919 atuava nesta última instituição. Wulf e Schmiedebach destacam os

---

<sup>238</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.*; KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.*; SARTIN, J. S.; PERRY, H. O. From mercury to malaria to penicillin: The history of the treatment of syphilis at the Mayo Clinic – 1916-1955. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Charleston, v. 32, n. 2, 1995, pp. 255-261; KAPLAN, R. M. Syphilis, sex and psychiatry, 1789-1925: part 1. *op. cit.*; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.*; BARTOLONI, L. C., FRAIMAN, H.; ALLEGRI, R. F. Evolución histórica de la Neurología argentina. *Neurología Argentina*, Buenos Aires, v. 4, n. 2, 2012, pp. 67-78; BONFIGLI, A., FANFERA, E.; CORBELLINI, G. La malariaterapia in Italia – un contributo ala storia dell’inoculazione terapêutica dela malaria nella clinica psichiatrica e neurologica. *Medicina Nei Secoli*, Roma, v. 16, n. 1, 2004, pp. 1-20; SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere. *op. cit.*; ABASCAL, M. P.; CANZANI, R.; ETCHELAR, R. *Plasmodium vivax* y *P. falciparum*. Paludismo experimental. Malarioterapia. *Revista Médica del Uruguay*. Montevideo, 1925, pp. 249-303; ARTVINLI, F. More than a disease: the history of general paralysis of the insane in Turkey. *Journal of the History of the Neurosciences*, v. 23, 2014, pp. 127-139; DOMINGO, J. J. P.; MORENO, L. M. R. The treatment of functional psychosis in Spain at the beginning of the XX century (1917-1931). *Actas Españolas de Psiquiatria*, Madrid, v. 38, n. 3, 2010, pp. 163-169.

<sup>239</sup> STAR, S. L.; GRIESEMER, J. R. Institutional ecology, ‘translations’ and boundary objects. *op. cit.*

pontos de interseção entre os campos da psiquiatria e da medicina tropical em Hamburgo, a partir da cooperação entre o hospício de Friedrichsberg e o Instituto de Doenças Marítimas e Tropicais daquela cidade. A primeira instituição acolhia e fornecia tratamento para diversos pacientes, entre eles estavam paralíticos gerais e indivíduos que retornavam dos EUA e das colônias alemãs, depois de serem diagnosticados como doentes mentais. Os autores destacam que muitos dos enfermos que regressavam das colônias africanas tinham a malária apontada como causa de suas perturbações mentais. Assim, a partir desta constatação, estabeleceu-se uma atuação combinada entre o hospício de Friedrichsberg e o IDMTH<sup>240</sup>.

Em junho de 1919, foram realizadas as primeiras malarizações em Friedrichsberg, que, a partir daí, transformou-se, junto com Clínica Psiquiátrica de Viena, num dos principais centros de tratamento da demência paralítica a partir da chamada “inoculação por malária” (*Malaria-Impfung*, em alemão). A utilização da nova terapêutica no hospício intensificou a relação entre seus psiquiatras e os médicos tropicais atuantes no IDMTH. Antes da Guerra, a malária havia sido caracterizada como um fator causador e/ou desencadeador de determinados tipos de psicoses, porém, depois do término deste conflito, no hospício de Hamburgo, a enfermidade passou a ter o *status* de promissor método tratamento para uma das doenças psiquiátricas e neurológicas mais severas daquele tempo. Assim, Wulf e Schmiedebach concluem que, durante o período do Pós-primeira Guerra, as definições que a psiquiatria atribuía à infecção palúdica sofreram algumas modificações. Contudo, ambos ressaltam que a malarioterapia constituiu-se como apenas um exemplo de reflexo do multifacetado significado desta doença na história do desenvolvimento de métodos terapêuticos na área da psiquiatria<sup>241</sup>.

Desde junho de 1919 até janeiro de 1923 a malarioterapia foi administrada 300 vezes em Friedrichsberg, e, em 1927, este número encontrava-se na casa dos mil. Paralelamente à terapia palúdica, também foi utilizada, no tratamento de paralíticos gerais, a inoculação do agente etiológico da febre recorrente africana. Wulf e Schmiedebach sublinham ainda, que o fato de Wagner-Jauregg ter inaugurado o tratamento durante o período da guerra não ocorreu por acaso, tendo sido o médico influenciado, em muito, pelas próprias circunstâncias do conflito. O psiquiatra austríaco escreve<sup>242</sup>:

---

<sup>240</sup> WULF, S.; SCHMIEDEBACH, H. P. Wahnsinn und Malaria - Schnittpunkte und Grenzverwischungen zwischen Psychiatrie und Tropenmedizin in Hamburg (1900–1925). *Gesnerus – Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, Basel, v. 71, n. 1, 2014, pp. 98-141.

<sup>241</sup> *Ibidem*. p. 119.

<sup>242</sup> *Ibidem*. pp. 121-122.

Além disso, nós já estávamos no terceiro ano da guerra e as implicações emocionais que isso trazia se manifestavam mais a cada dia. Frente a este pano de fundo, o experimento terapêutico me estimulava pouco, principalmente porque seu sucesso não poderia ser antecipado. O que poderiam significar alguns parálíticos passíveis de salvação, em comparação aos milhares de corpos saudáveis e homens capazes que frequentemente morriam em apenas um dia, devido ao prolongamento da guerra<sup>243</sup>.

Assim, de acordo com a perspectiva de alguns médicos, os três anos de guerra não só relativizaram o valor de uma pessoa doente, mas também o fizeram com a esperança do surgimento de uma cura para a paralisia geral progressiva, reduzindo as barreiras psicológicas e éticas para a condução de experimentos que perseguiram este objetivo<sup>244</sup>.

Uma crise de legitimidade no Instituto de Medicina Tropical seguiu o término da Primeira Guerra e, mais uma vez, Peter Mühlens foi uma figura central na promoção de esforços para contê-la. Recorrendo à descoberta de Wagner-Jauregg como uma ferramenta para legitimar a continuidade da existência da medicina tropical como especialidade e de seu acervo institucional, Mühlens ratificou a necessidade da difusão de conhecimentos especializados sobre a técnica, e da aquisição de experiência por parte dos profissionais interessados em aprender a administrar malarioterapia. Adiante, neste capítulo, discutiremos com mais detalhes as propostas elaboradas pelo pesquisador<sup>245</sup>.

Os médicos tropicais constituíam-se, muitas vezes, como peças-chave na reunião dos elementos necessários para a manipulação correta e bem-sucedida das diferentes piretoterapias, realizadas a partir da inoculação de microrganismos, como por exemplo, a disponibilização das cepas de plasmódios para a manipulação da malarioterapia. A saber, esta era uma grande vantagem de Hamburgo em comparação a Viena e outras cidades, pois a primeira possuía o Instituto, que contava com número considerável de *experts* que desempenhavam este papel. Além disso, era imprescindível que profissionais especializados trabalhassem para impedir que houvesse transmissão da malária dos parálíticos para outros indivíduos que circulavam pelo hospício de Friedrichsberg. Assim, Peter Mühlens se inseriu muito nesta interdisciplinaridade, evidenciando com destreza a importância de sua especialidade no contexto do novo método de tratamento psiquiátrico<sup>246</sup>.

Wilhelm Weygand, por sua vez, destacou-se como um dos expoentes da psiquiatria alemã de seu tempo. Depois da criação da universidade de Hamburgo, em 1919, o hospício da

---

<sup>243</sup> WAGNER-JAUREGG, J. The history of the malaria treatment of general paralysis *op. cit.* p. 580.

<sup>244</sup> WULF, S.; SCHMIEDEBACH, H. P. Wahnsinn und Malaria. *op. cit.* p. 122.

<sup>245</sup> *Ibidem.*

<sup>246</sup> *Ibidem.* pp. 123-128.

cidade tornou-se uma clínica psiquiátrica universitária, onde atuou este médico que, há muito, já se ocupava intensivamente com a questão da sífilis e da paralisia geral progressiva. Já Walter Kirschbaum, jovem psiquiatra que assumiu a delicada tarefa de lidar com os paralíticos gerais e com a malarioterapia, tornou-se um grande colaborador de Mühlens. Inicialmente os três pesquisadores divulgaram juntos os resultados de suas observações obtidos com a administração da nova técnica. Porém, em seguida, Kirschbaum publicou, sozinho, as observações que havia feito sobre diferentes aspectos inerentes à técnica, acumulando conhecimentos relativos à malária e tornando-se um especialista nesta doença<sup>247</sup>.

A criação da nova terapêutica e o desfecho da Primeira Guerra Mundial foram, certamente, os aspectos que mais contribuíram para um substancial estreitamento das relações entre a psiquiatria e a medicina tropical em Hamburgo. Segundo Wulf e Schmiedebach, o conflito exerceu influência decisiva sobre os objetivos do tratamento psiquiátrico. O conceito de remissão, por exemplo, que, para estes médicos, refletia a capacidade readquirida de trabalho e era bastante utilizado para classificar os resultados obtidos com a malarioterapia, tem, provavelmente, suas raízes na segunda metade da guerra. Este reestabelecimento da possibilidade de trabalhar foi um, se não o principal, objetivo do tratamento psiquiátrico neste momento<sup>248</sup>.

Em 1924, os dermatologistas William A. Goeckermann e W. T. Parker, começaram a aplicar a malarioterapia no tratamento de paralíticos internados na *Mayo Clinic*, localizada em Rochester, no estado norte-americano de Minnesota, sob a supervisão do então diretor do Departamento de Dermatologia e Sifilografia, o médico Paul O'Leary. O protocolo seguido pelos doutores era similar ao desenvolvido por Wagner-Jauregg, porém, indicava de dez a doze acessos febris, depois aplacados com doses de quinina. Apesar de O'Leary ter reportado um percentual de 5% de óbitos, o tratamento foi considerado pelos médicos da clínica como bem sucedido. Isso provavelmente se deveu ao fato de que depois dos três primeiros anos, 50% dos 100 casos tratados através da malária apresentaram “remissões completas”, o que indicava, na categorização destes médicos, que os pacientes que faziam parte desta estatística haviam retornado às suas ocupações prévias. O diretor do departamento reporta, ainda, melhoras em outros 18 casos, porém, o desfecho vivido pelos 32 pacientes restantes não é mencionado pelos autores do trabalho<sup>249</sup>.

---

<sup>247</sup> *Ibidem*. pp. 128-141.

<sup>248</sup> *Ibidem*. pp. 122-123.

<sup>249</sup> SARTIN, J. S.; PERRY, H. O. From mercury to malaria to penicillin. *op. cit.* p. 257.

A malarioterapia foi utilizada na clínica estadunidense até 1943. Depois de dois meses da publicação do clássico artigo de John Mahoney e colaboradores sobre a utilização da penicilina no tratamento da sífilis, Paul O’Leary e seu colega Wallace Herrell divulgaram os resultados positivos da aplicação do novo antibiótico na terapia de um caso de sífilis cutânea terciária<sup>250</sup>. No entanto, O’Leary também observou uma taxa – que variava entre 25% e 35% – de ineficácia da penicilina no tratamento de formas recentes de sífilis, o que levou o médico a prescrever o medicamento em concomitância com dois outros antissifilíticos: marfasen (um derivado do arsênico) e subsalicilato de bismuto<sup>251</sup>. Jeffrey Sartin e Harold Perry atribuem esta estatística de falha da penicilina a dois motivos possíveis: alto grau de impureza da substância utilizada, ou tempo insuficiente de administração do tratamento (320.000 U por dia, durante oito dias). Assim, até 1946, Paul O’Leary e grande parte de seus colegas advogavam que a administração apenas da penicilina não era mais eficiente no tratamento da neurosífilis do que a malarioterapia por si só<sup>252</sup>.

Sobre os psiquiatras, acreditamos que sua apropriação da terapêutica palúdica tenha perpassado por duas questões contingenciais. Em primeiro lugar, a própria natureza dos sintomas da paralisia geral progressiva – os distúrbios mentais, alucinações, problemas neuromotores etc. – encaminhavam os doentes às instituições psiquiátricas, nas quais atuavam, predominantemente, médicos da área da medicina mental. Assim, é provável que o contato sistemático com os paralíticos despertasse nestes doutores a curiosidade sobre as origens e as eventuais possibilidades de cura desta enfermidade, que viria a se constituir como parte bastante preocupante de um dos principais problemas de saúde pública que acometia diferentes lugares do mundo: a sífilis<sup>253</sup>. Além disso, a própria convivência com os doentes de paralisia geral já era por si só de grande valia, pois oportunizava a observação regular destes indivíduos e, conseqüentemente, a coleta de dados para o desenvolvimento de pesquisas relacionadas a esta afecção.

Em segundo lugar, de acordo com Jørgen Madsen, médico que chefiou o *St Hans Mental Hospital*, hospício localizado em Roskilde na Dinamarca, e citado por Jesper Vaczy Kragh em seu trabalho de 2010, “a malarioterapia não era popular fora dos círculos

---

<sup>250</sup> No artigo de Sartin e Perry não fica claro se o que chamam de “sífilis terciária cutânea” constitui-se como uma fase da doença na qual já se manifestam sintomas neurológicos.

<sup>251</sup> *Ibidem*. p. 260.

<sup>252</sup> *Ibidem*. pp. 259-260.

<sup>253</sup> BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians’ narratives and interrogations. *op. cit.* pp. 593-596; CARRARA, S. As Mil Máscaras da Sífilis. *op. cit.*



psiquiátricos.”<sup>254</sup>. Madsen conta que “médicos, venereologistas e neurologistas se mostravam relutantes em encaminhar seus pacientes para a malarioterapia.”<sup>255</sup>. Durante nossa pesquisa conseguimos identificar a participação ativa de sifilógrafos no processo de apropriação e produção de conhecimento sobre a malarioterapia. E isso fica claro quando analisamos os artigos sobre o tema publicados nos Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle. Em 1929, por exemplo, o famoso sifilógrafo Gilberto de Moura Costa publicou um artigo sobre a malarioterapia na tabes em colaboração com Waldemiro Pires. Outro sifilógrafo que eventualmente se envolveu nos estudos da terapia palúdica foi Aryoswaldo Espínola da Silva, também atuante no Serviço de Neurosífilis da Fundação Gaffrée e Guinle. Assim, jamais poderemos ignorar ou desconsiderar a contribuição destes médicos, que não foi pequena e que, muitas vezes, se deu, inclusive, em parceria com psiquiatras. No entanto, as fontes evidenciam que um número maior de profissionais pertencentes a este último campo se envolveu com a malarioterapia, e que esta técnica parece ter circulado mais por este campo do que pelos campos da sifilografia e da dermatologia, ao menos no Rio de Janeiro, como veremos a seguir, no último capítulo da presente dissertação.

Jesper Vaczy Kragh conta em seu trabalho que a chegada da malarioterapia na Dinamarca ocorreu no início dos anos de 1920, depois que o doutor Hans Jacob Schou retornou de sua viagem acadêmica pela Áustria, Holanda e Alemanha. Durante sua estadia em Viena, Schou encontrou Wagner-Jauregg administrando a terapia recém-criada em paralíticos internados na clínica da cidade. O médico dinamarquês se interessou muito pelo tratamento e logo que voltou ao seu país, reportou seu achado sobre os resultados surpreendentes da terapêutica vienense ao chefe do *St Hans Mental Hospital* à época, Axel Bisgaard. Bisgaard notificou o Serviço Nacional Dinamarquês de Saúde e decidiu não medir esforços para implementar a nova técnica em sua instituição, mas, para isso, precisaria lidar com um obstáculo: o risco do desencadeamento de uma epidemia de malária, doença que havia sido erradicada no país no início do século XX<sup>256</sup>.

O órgão nacional pediu que Bisgaard tomasse as devidas precauções para evitar uma catástrofe e questionou a eficácia da terapêutica, mas não se opôs à iniciativa do médico. Depois de averiguada a inexistência de mosquitos do gênero *Anopheles* no entorno do hospital, Axel Bisgaard construiu uma sala especial, com telas, na qual os paralíticos seriam

---

<sup>254</sup> MADSEN, J. Behandling af neurolues. Malariabehandling. *Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad*, Oslo, v. 3, 1949, pp. 83-93, p. 89 *Apud* KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* p. 479. Tradução minha.

<sup>255</sup> *Ibidem*.

<sup>256</sup> KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* pp. 476-478.

malarizados. Em 1922, o chefe do *St Hans* levou à Viena dois de seus doentes para serem impaludados na clínica de Wagner-Jauregg. Ambos, posteriormente, doariam sangue para a infecção dos demais pacientes de PGP internados no hospital dinamarquês. Em 1923, depois de ter tratado 21 paráliticos com a malária no *St Hans*, Bisgard publicava seus resultados afirmando que “Nunca haviam sido observadas melhoras como essas.”<sup>257</sup>. De acordo com ele, dez doentes receberam alta do hospital e os outros tiveram melhoras significativas. Porém, mesmo frente a resultados animadores, o psiquiatra deixou claro que não saberia quanto tempo estas remissões durariam e, de fato, um dos dois pacientes malarizados em Viena apresentou recaída. Além disso, Kragh ressalta em seu artigo que o óbito entre os doentes tratados com a nova terapêutica era comum, tendo ocorrido seis mortes entre os 25 homens que receberam a terapia<sup>258</sup>.

Apesar disso, a malarioterapia foi considerada um tratamento de sucesso no *St Hans Mental Hospital* despertando o interesse dos diretores de outras instituições psiquiátricas do país, que queriam trazê-la para seu quadro terapêutico. Em vista do ocorrido, dois dos principais órgãos públicos dinamarqueses que regulamentavam as atividades e/ou instituições de saúde se fizeram presentes e reivindicaram algumas medidas<sup>259</sup>. O Serviço Nacional de Saúde exigiu que as devidas providências para evitar a contaminação de mosquitos fossem tomadas antes da instituição do tratamento nos demais hospícios interessados em fazê-lo. Já a *Directorate of the State Mental Hospitals*, por sua vez, implementou guias para a utilização da malarioterapia, as quais previam a solicitação da autorização do próprio paciente, ou de um familiar dele, antes que a terapia fosse administrada. De acordo com Kragh, na Dinamarca, a malarioterapia motivou o levantamento das primeiras questões éticas relacionadas ao campo psiquiátrico dinamarquês, impelindo a introdução do primeiro regulamento de consentimento na história desta ciência médica, neste país<sup>260</sup>.

Nos Estados Unidos a terapia de origem vienense parece ter chegado ao final dos anos de 1920, também logo gerando controvérsias. Alguns doutores não se sentiam muito confortáveis com o fato de se utilizar o sangue de um parálitico malarizado para inocular outro doente. Segundo Joel T. Braslow, um médico chamado William Alanson White se opôs fortemente a este método dizendo temer que ele resultasse em “complicações médicas”.

---

<sup>257</sup> BISGARD, A. Om Behandling af General Parese med Koldfeber. *Naturens Verden*, Humlebæk, v. 7, 1923, pp. 417-427 *Apud* KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* p. 477. Tradução minha.

<sup>258</sup> KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* p. 478.

<sup>259</sup> *Ibidem.* pp. 478-479.

<sup>260</sup> *Ibidem.* p. 481.

Certamente, por “complicações médicas” White entendia a transmissão de doenças através da amostra sanguínea dos pacientes de PGP que haviam recebido a terapia palúdica. No entanto, apesar das discussões levantadas, um número considerável de esculápios tornou-se adepto e entusiasta da técnica<sup>261</sup>.

Com o objetivo de identificar as mudanças na relação médico-paciente depois da introdução da malarioterapia no *Patton State Hospital* (Califórnia), Joel Braslow analisou os prontuários dos doentes internados entre 1910 e 1950 nesta instituição. Ele conta que estes registros eram muito ricos e continham documentos como: transcrições de processos judiciais que determinavam a condição de insanidade do indivíduo, questionários respondidos por sua família, seu histórico de admissão para internação, as notas sobre os progressos feitos por ele e as transcrições das entrevistas feitas pelos médicos. Os prontuários foram divididos pelo autor entre aqueles que pertenciam a pacientes internados na instituição durante o período que ele chamou de “*Premalaria Era*” (1910-1928), e aqueles referentes aos doentes que foram internados na “*Malaria Era*” (1928-1950)<sup>262</sup>.

No que dizia respeito à instituição, o autor narra que as condições de trabalho e de internação no *Patton State Hospital* eram bastante precárias e, somadas à falta de uma terapia eficiente para tratar os muitos paralíticos gerais confinados no hospital, contribuíam para a construção de uma visão depreciativa sobre estes pacientes por parte dos médicos e, conseqüentemente, para complicar as relações entre os dois grupos. De acordo com Braslow, antes da implementação da malarioterapia no *Patton*, as admissões voluntárias eram muito raras e os prontuários mostram que os pacientes eram caracterizados pelos doutores através de termos bastante pejorativos, como burros, estúpidos e preguiçosos. O pesquisador chama a atenção de seu leitor para a característica de permanência destes termos, ou seja, os adjetivos que definiam os doentes indicam imutabilidade, definindo assim, “a essência do paciente”<sup>263</sup>.

Além disso, o mesmo nota, através dos documentos, que os familiares dos paralíticos mostravam-se relutantes em admitir que seu parente sofria de sífilis. Esse sentimento derivava do estigma social da doença – já mencionado no primeiro capítulo – que ligava o enfermo a hábitos imorais, sujos e repulsivos. Por fim, no período em que a malarioterapia ainda não havia sido instituída no hospital em questão, não era comum que os pacientes fossem consultados sobre sua vontade de receber ou não os tratamentos até então disponíveis para a

---

<sup>261</sup> BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 585.

<sup>262</sup> *Ibidem.* pp. 593-600.

<sup>263</sup> *Ibidem.*, p. 594

doença, aliás, Braslow escreve que encontrou *nenhum* registro que mostre o livre arbítrio dos doentes neste sentido<sup>264</sup>.

Desta forma, podemos concluir que durante a *Premalaria Era* havia uma “objetificação”<sup>265</sup> dos pacientes. Ou seja, esses eram tratados como elementos homogêneos, como se todos os indivíduos respondessem à doença da mesma forma, de maneira que as especificidades de cada um deles eram deixadas de lado. Nas palavras do autor:

Enxergando os paralíticos como imorais, transgressores degenerados, os médicos, frequentemente, lidavam com eles como se fossem objetos a serem gerenciados, definidos muito mais por sua doença do que por suas subjetividades. A maneira como os psiquiatras do Patton descartavam sua remediação ilustra esta ‘objetificação’ do doente sífilítico<sup>266</sup>.

Em 1928, os esculápios do *Patton State Hospital* receberam a primeira amostra de sangue infectado para conduzir as experiências iniciais com a malarioterapia. Conforme a nova técnica foi instituída no quadro terapêutico da instituição, seus resultados positivos iam motivando a adesão dos médicos norte-americanos, que logo se tornaram entusiastas do tratamento. Na visão deles, finalmente, o prognóstico obscuro dos pacientes de paralisia geral se modificava, dando lugar à esperança de uma cura. Assim como as previsões para o futuro destes pacientes, a natureza dos termos nos quais eles eram tratados também mudava. Os adjetivos que remetiam a condições infames e definitivas cediam posto a termos, de certa forma, mais otimistas e que aludiam a estágios transitórios, como: beligerante, sarcástico, irracional e briguento. Segundo Joel Braslow, a mudança no uso destes termos refletiu uma modificação na maneira como os próprios médicos enxergavam seus pacientes que, agora, poderiam curar-se e deixar de serem vistos como moribundos que esperavam pela morte<sup>267</sup>.

Assim, esta maior interação entre médicos e paralíticos possibilitava que os doutores conhecessem melhor e se interessassem mais pelo próprio mundo de seus enfermos. Com uma convivência intensificada e de natureza diferente, surgem nos prontuários comentários mais positivos sobre estes doentes e uma maior preocupação, por parte dos médicos, com o bem estar emocional dos mesmos. Além disso, nota-se o crescimento do número de internações voluntárias e, inclusive, encontra-se registros de pacientes que vinham ao hospital *requisitar* a

---

<sup>264</sup> *Ibidem*. pp. 593-596.

<sup>265</sup> *Ibidem*, p. 596

<sup>266</sup> *Ibidem*. No original: “Consistent with seeing paretics as immoral, degenerate transgressors, physicians often dealt with them as though they were objects to be acted upon, defined by their disease rather than by their subjectivity. The manner in which Patton physicians meted out their remedies illustrates this ‘objetification’ of syphilitic patient.”. Tradução minha.

<sup>267</sup> *Ibidem*. pp. 596-600.

administração da malarioterapia! Mesmo aqueles que não apresentavam sintomas, apenas o resultado de sua reação de Wasseman como positivo. Apesar de o tratamento ter sido considerado por alguns pacientes como uma experiência traumatizante, depois de passarem pelos acessos febris e por todas as dificuldades inerentes ao processo, muitos deles se mostravam agradecidos. Já os indivíduos que não queriam receber a terapêutica costumavam ter sua vontade respeitada pelos médicos. De acordo com o autor, mesmo relutantes, os doutores permitiam que estes enfermos deixassem o asilo. Finalmente, a última mudança percebida por Joel Braslow ocorreu na postura dos familiares, que passaram a se sentir mais à vontade para citar a sífilis como causa da internação de seu ente querido. Afinal, a PGP tinha, agora, possibilidades de melhora, havendo, também entre os médicos americanos, aqueles que falavam até em uma cura<sup>268</sup>. Assim, o autor chega à seguinte conclusão:

A história da malarioterapia demonstra que as práticas terapêuticas estão indissociavelmente atreladas à percepção [do outro], e que isso, por sua vez, altera a ligação [estabelecida] entre o médico e seu paciente. De fato, é possível que crenças compartilhadas somadas às alterações [ocorridas] nas relações médico-paciente, trazidas através da mudança de percepção, tenham criado o aparente sucesso biológico da malarioterapia<sup>269</sup>.

Para não nos estendermos muito fazendo referência à bibliografia sobre o tema, falaremos de forma breve sobre o exemplo britânico e, por fim, sobre algumas experiências brasileiras.

Segundo Juliet Hurn, que escreveu sua tese de PhD sobre a história da paralisia geral na Grã-Bretanha, em 1922 os boletins austríacos que chegavam à ilha com menções à malarioterapia logo despertaram o interesse dos médicos locais. Ansiosos por tentarem administrar a nova terapêutica com suas próprias mãos, instituíram-na em algumas instituições asilares britânicas, sempre debatendo fervorosamente as melhores maneiras de aplicar a terapia, e logo desenvolvendo um protocolo básico. Os resultados, relacionados à eficácia do tratamento, obtidos nas diferentes instituições psiquiátricas britânicas, variavam bastante, entre 14% e 62% de “melhoras”. Entre 8% e 28% desses estavam aqueles pacientes

---

<sup>268</sup> *Ibidem*.

<sup>269</sup> *Ibidem*. p. 608. No original: “The history of malaria fever therapy demonstrates that treatments practices are inextricably tied to perception, and that this in turn alters the physician-patient relationship. Indeed, it is possible that shared belief and the altered relationship brought about changes in perception created malaria’s fever apparent biological success.”. Tradução minha. Para mais informações sobre as alternativas para as explicações e hipóteses fornecidas por pelo autor, consultar seu artigo.

aptos a receberem<sup>270</sup>. Alguns médicos também se posicionavam contra a técnica, alegando, principalmente, que o tratamento era muito perigoso e que deveria ser utilizado apenas quando se houvesse feito uma análise mais minuciosa do caso. Hurn escreve que é difícil saber quantos, exatamente, eram partidários desta visão e acredita ser provável que muitos daqueles que o faziam não tinham suas opiniões publicadas nos meios de comunicação, dando assim, a falsa impressão de uma aprovação mais generalizada da malarioterapia<sup>271</sup>.

No entanto, rumores de oposição foram levantados por Colonel Sydney Price James, médico tropical especialista em malária que havia ocupado cargos na Índia, e, em 1917, foi nomeado como Inspetor Médico e Conselheiro do *Local Government Board*, órgão que viria a se tornar o Ministério da Saúde. O médico frequentemente expressava seus receios com relação aos problemas que poderiam ser causados pela administração do novo tratamento, como o desencadeamento de um surto de malária, e sublinhava a necessidade de um monitoramento minucioso dos procedimentos. Os componentes do *Board of Control for Lunacy and Mental Deficiency*<sup>272</sup> se esforçaram para incorporar as recomendações de James, e o médico seguiu acompanhando de perto e analisando o desenrolar da administração do tratamento em algumas instituições britânicas. Apesar dos resultados promissores produzidos pela nova terapia, a partir de suas visitas aos asilos, a atenção do inspetor voltou-se para o considerável número de pacientes que iam a óbito após o tratamento com a malária. James atribuiu os acidentes à utilização de uma cepa muito virulenta do plasmódio e preparou diversos guias que sugeriam uma série de precauções e orientações na condução da terapêutica. Estes documentos foram enviados pelo órgão aos superintendentes dos hospitais psiquiátricos britânicos, em 1924, e incluíam o convite para um curso de curta duração sobre a administração da malarioterapia na Escola de Doenças Tropicais de Londres, do qual participaram 12 médicos apenas na primeira turma<sup>273</sup>.

No entanto, assim como as mortes, os efeitos colaterais mais agudos da terapia manifestavam-se com frequência nos doentes malarizados, provavelmente devido a um número de acessos febris maior do que o paciente poderia suportar. Além de James, em 1923,

---

<sup>270</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 211. "Improvement" no original.

<sup>271</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 192-267.

<sup>272</sup> Neste caso, o órgão em questão é britânico, e não norte-americano como aquele referenciado anteriormente. Esta instituição reúne características um pouco diferentes daquelas encontradas nos *Board of Control* das municipalidades dos Estados Unidos. No Reino Unido, o *Board of Control for Lunacy and Mental Deficiency* foi uma organização ligada ao Ministério da Saúde criada em 1913 através do *Mental Deficiency Act*. O Ato reunia delegados em um comitê com poderes ampliados, que incluíam a supervisão dos serviços responsáveis pelo bem-estar dos doentes mentais no Reino Unido.

<sup>273</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 206-210.

o já citado médico alemão especialista em doenças tropicais, Peter Mühlens, teve um de seus artigos traduzidos no *Journal of Mental Science*, através do qual manifestava sua preocupação com o caso britânico, e dizia esperar que o melhor tratamento até então disponível para a paralisia geral – no caso, a malarioterapia – não tivesse sua reputação manchada. Na tentativa de evitar isto, Mühlens redigiu um texto que fornecia diretrizes para a administração tanto do tratamento com a malária, sua maior preocupação, quanto com a febre recorrente, que também foi utilizada por alguns médicos neste período, porém, parece que em menor escala do que a malarioterapia. É importante lembrar aqui, que o tratamento constituiu-se, para Mühlens, como uma ferramenta para recuperar o significado de uma especialidade médica, que passava por uma crise de legitimidade em decorrência da guerra e assegurar sua base institucional, então ameaçada<sup>274</sup>.

O pesquisador de Hamburgo defendia que os médicos interessados em administrar ambos os tratamentos deveriam qualificar-se para tal, estando a par dos sintomas clínicos e da parasitologia da malária e da febre recorrente, especialmente quando esses não tivessem acesso imediato aos especialistas da área. Além disso, as terapias deveriam ser executadas apenas em instituições médicas, onde os pacientes poderiam ficar internados, e em cujas redondezas não existissem os vetores das doenças em questão. O uso livre e indiscriminado das mesmas em consultórios particulares não deveria ser feito, pois poderia gerar acidentes. O paciente teria de ser consultado sobre sua vontade de se tratar através de tais métodos; caso esta existisse, o mesmo deveria ter condições de suportar a infecção e de receber as doses de quinino. No mais, era preferível que os indivíduos submetidos a tais procedimentos apresentassem a paralisia em estágio inicial, já que, segundo o médico, quanto mais cedo o tratamento fosse iniciado, maiores seriam as chances de se obter resultados positivos. A malária utilizada deveria ser *apenas* a do tipo terçã benigna, e o material de inoculação minuciosamente inspecionado e tratado para que não houvesse chances de contaminação com o *P. falciparum*; a evolução da infecção deveria ser monitorada *diariamente* através de exames sanguíneos para que pudesse ser debelada quando necessário, *sem hesitação*. Por fim, os pacientes malarizados não deveriam deixar o hospital antes de estarem *definitivamente* livres de da infecção malárica; já aqueles tratados com a febre recorrente deveriam permanecer internados por, *pelo menos*, quatro semanas, depois do último ataque febril<sup>275</sup>.

---

<sup>274</sup> WULF, S.; SCHMIEDEBACH, H. P. Wahnsinn und Malaria. *op. cit.* p. 122.

<sup>275</sup> MÜHLENS, P. The Dangers of the Fever Treatment of Paralysis. *Journal of Mental Sciences*, Londres, v. 70, n. 289, 1924, pp. 340-341.

Assim, em 1924, o *Board of Control for Lunacy and Mental Deficiency* fez circular um documento que alertava os médicos que este órgão, junto ao Ministério da Saúde, estaria monitorando de perto a aplicação da malarioterapia, e que eles deveriam atentar-se para cumprir as medidas e precauções previstas por ambos, na tentativa de diminuir os riscos oferecidos pela nova terapêutica<sup>276</sup>. Aqui podemos observar mais um exemplo de colaboração entre médicos tropicais e psiquiatras, como no caso tratado por Wulf e Schmiedebach, além da força de projeção de Peter Mühlens que, ao realizar sua empreitada com eficiência, acabou por ter suas recomendações difundidas no meio psiquiátrico e médico tropical britânico. Tal qual Mühlens, Colonel Sydney Price James foi figura central no cenário de difusão e incorporação da malarioterapia em instituições localizadas em toda a Grã-Bretanha. É provável que grande parte das medidas impostas pelo inspetor tenha estimulado a simpatia de alguns médicos, anteriormente avessos à técnica, pela mesma, que agora era regulamentada e acompanhada frequentemente e mais de perto.

No primeiro momento de utilização da malarioterapia em território britânico, a decisão sobre se realizar, ou não, a consulta a respeito do consentimento do paciente ou de um de seus familiares era tomada individualmente por cada médico, que avaliava a necessidade e/ou importância de tal ato. No entanto, apesar deste assunto não se fazer presente nas sistemáticas cartas publicadas pelo *Board of Control*, o órgão deixava esta diretriz transparecer nas circulares enviadas individualmente para cada um dos asilos, apelando para o fato de que, ao requererem a aprovação da administração do tratamento, os médicos estariam zelando por sua própria segurança e pela de seus colegas, no caso de movimentação de eventuais processos jurídicos contra eles, por conta de possíveis acidentes<sup>277</sup>.

Para a autora, o hábito de pedir a autorização dos parentes, ou do próprio enfermo, para se administrar determinado tratamento era corrente entre os psiquiatras britânicos na época. Deste modo, apesar das notas clínicas que indicavam se houve ou não o requerimento serem raras após este período, Hurn acredita que esta prática tenha se tornado mais frequente com o passar do tempo. Da mesma maneira que Joel Braslow, a pesquisadora nota uma maior participação dos doentes no que dizia respeito à escolha e administração, ou não, do tratamento, identificando o estabelecimento de uma relação de negociação entre médicos e pacientes. No entanto, a autora argumenta não saber até que ponto estas mudanças estiveram relacionadas com a introdução da malarioterapia nas instituições que analisou, e que não podemos nos deixar levar pela ideia de que o aumento da autonomia dos pacientes impediu os

---

<sup>276</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 219-229.

<sup>277</sup> *Ibidem.*



médicos de fazerem seus experimentos. Assim, ambas as afirmações demandariam estudos mais aprofundados sobre o tema<sup>278</sup>. Por fim, Juliet Hurn afirma que, ao contrário do que muitos historiadores da medicina tendem a pensar, a preocupação dos esculápios em administrar a nova terapêutica de forma segura e sem violar determinadas diretrizes éticas era bastante grande: “[...] a postura do *Board*, se não de todos os médicos, corrobora amplamente a existência de atitudes éticas *antes* da Segunda Guerra Mundial.”<sup>279</sup>.

No Brasil, há registros de que a malarioterapia foi utilizada em estados como Porto Alegre, Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro<sup>280</sup>. Todavia, poucos são os estudos que abarcam o tema e, aqueles que o fazem, em sua maioria, *mencionam* a aplicação da técnica, mas sem analisar de modo muito profundo a experiência em questão. A exceção a isso é a dissertação de mestrado de Gustavo Querodia Tarelow, na qual o autor explora com minúcia os processos de inserção e emprego de diferentes terapias biológicas, incluindo a malarioterapia, no Hospício do Juquery, em São Paulo, durante os anos de 1923 e 1937. Tarelow consultou 6.836 prontuários, e entre as terapias biológicas estudadas, a malarioterapia era a mais utilizada e indicada, na grande maioria dos casos, para o tratamento de indivíduos paralíticos do sexo masculino. O autor atribui isto ao fato de que era acometido pela PGP um número maior de homens do que de mulheres, e menciona que conforme ia crescendo a utilização da nova técnica, também se avolumavam os debates sobre seus efeitos colaterais e contraindicações, já que o número de óbitos devido à utilização da malarioterapia no Juquery era maior do que o número de pacientes que saíam do hospital com ou sem alta<sup>281</sup>.

Na instituição paulista, a técnica de origem vienense foi introduzida em 1925, pelo até então chefe do hospital, o psiquiatra Antônio Carlos Pacheco e Silva. Segundo Tarelow, Pacheco e Silva teve que se esforçar bastante para que a Secretaria do Interior permitisse o uso da terapêutica no Juquery, já que alguns doutores se opunham isto, receando (mais uma vez!) o desencadeamento de uma epidemia de malária. Depois de obtida a autorização, 33 homens acometidos pela paralisia geral foram malarizados. É interessante mencionar o seguinte apontamento feito por Tarelow:

---

<sup>278</sup> *Ibidem*. p. 267.

<sup>279</sup> *Ibidem*. p. 261. Grifos meus. No original: “[...] and the stance of the Board, if not of every doctor, largely bears out accounts of ethical attitudes before the Second World War.”. Tradução minha.

<sup>280</sup> MATTOS, S. G.; CURY, J. A. A malarioterapia no tratamento da neurosífilis. In GUILHERMANO, L. G.; SCHWARTSMANN, L. C. B.; SERRES, J. C. P.; LOPES, M. H. I. (Org.). *Páginas da História da Medicina*. Porto Alegre: ediPUCRS, 2010, pp. 151-160; PADOVAN, M. C. A terapêutica da malarioterapia no Hospital de Alienados do Recife. *op. cit.*; TARELOW, G. Q. Entre febres, comas e convulsões. *op. cit.*; TARELOW, G. Q. Um tratamento de choque: a aplicação da malarioterapia no Hospital do Juquery (1925-1940). *Cadernos de História da Ciência*, São Paulo, v. 5, n. 1, 2009, pp. 7-22.

<sup>281</sup> TARELOW, G. Q. Entre febres, comas e convulsões. *op. cit.* p. 155.

O primeiro prontuário médico a constar uma autorização formal para a aplicação da malarioterapia é o de Francisco P. [...] A autorização, feita pelo seu irmão, data de 20/09/1925, apenas cinco dias após a carta de Pacheco e Silva ter chegado às mãos do Secretário<sup>282</sup>.

Ao analisarmos a passagem podemos concluir que por um lado, em alguma medida um rastro de preocupação estava implícito no fato de se exigir a permissão de um familiar para a administração da terapia. Contudo, é extremamente suspeita a proximidade entre a data de entrega da carta redigida por Pacheco e Silva ao Secretário do Interior e aquela registrada na autorização fornecida pelo irmão do paciente. Ao longo de sua dissertação, Tarelow dá outras indicações de que os debates éticos não eram uma pauta muito frequente nas discussões entre os psiquiatras paulistas ou, pelo menos, que sua ansiedade por legitimar enquanto ciência médica a área do conhecimento na qual atuavam era muito superior, e a malarioterapia parece ter tido um papel importante neste processo<sup>283</sup>.

Por outro lado, o autor conta que nos momentos iniciais de utilização da terapêutica palúdica, os médicos pareciam mostrar-se mais preocupados com estas questões. Um fato que pode corroborar esta impressão é a presença de documentos onde foram registrados os consentimentos dos familiares *dos primeiros pacientes malarizados*. Mas, ainda assim, nos doentes caracterizados como “indigentes” – presos ou pessoas que não possuíam parentes – os tratamentos eram administrados sem qualquer tipo de precaução ou formalidade. Depois de passado certo tempo, Tarelow afirma não encontrar mais nenhum tipo de autorização para aplicação de terapias nos enfermos, qualquer que fosse o grupo ao qual pertencessem<sup>284</sup>.

Outro ponto mencionado pelo autor é o disparate entre os resultados registrados nos prontuários médicos e aqueles publicados nos periódicos. Enquanto as notas médicas registram 28,2% de “melhoras” com a administração das terapias biológicas, os artigos registram um percentual maior. Neste caso, segundo ele, certamente eram levadas em consideração qualquer tipo de avanço no estado do enfermo, desde ganho de peso até a remissão dos sintomas da doença. Além disso, há um considerável número de prontuários nos quais não consta se o paciente melhorou ou não. Note que esta “manobra” era conduzida na tentativa de buscar a legitimação para a primeira terapêutica somática do campo da psiquiatria amplamente acolhida como promissora depois de certo tempo de sua aplicação<sup>285</sup>.

---

<sup>282</sup> *Ibidem*. p. 83.

<sup>283</sup> *Ibidem*. p. 86.

<sup>284</sup> *Ibidem*. pp. 79-86.

<sup>285</sup> *Ibidem*. pp. 156-168.

Ao longo dos anos de 1940, a incidência da administração da malarioterapia passou a diminuir. A isso o autor atribui o desenvolvimento de técnicas de tratamento, a princípio, consideradas mais seguras do que a primeira, bem como ao início da aplicação da penicilina na terapêutica da sífilis e, posteriormente, da neurosífilis. Apesar de tudo, a terapia de origem vienense, ainda que pouco, foi utilizada no Juquery até a década de 50 do século passado, em casos de resistência ou de alergia ao novo antibiótico<sup>286</sup>.

Em Porto Alegre, a malarioterapia foi adotada um pouco mais tarde, em 1929, pelo Dr. Jacintho Godoy, psiquiatra e diretor do Hospício de São Pedro. O maior obstáculo encontrado pelo médico gaúcho foi conseguir a amostra de sangue contaminado com o *P. vivax*, já que no Rio Grande do Sul a incidência de malária era pequena. Instruído por Godoy, um médico chamado Raul di Primo foi até a cidade de Torres e trouxe três indivíduos acometidos pelo paludismo que forneceriam sangue para a inoculação dos neurosifilíticos internados no São Pedro. Durante dez anos, estima-se que 454 casos da doença tenham sido tratados através da malarioterapia, 24% deles receberam alta por “cura”, e 26,6% por “cura parcial”<sup>287</sup>. Segundo Silvia Gelpi Mattos e Jorge Abib Cury, a terapêutica foi administrada até o ano de 1939, quando um grupo de pacientes curados através dela procurou Jacintho Godoy com uma placa de bronze em homenagem ao psiquiatra vienense. Godoy escreveu uma carta a Wagner-Jauregg, que, dizendo-se lisonjeado, nomeou um encarregado para receber a homenagem. Segundo os autores, até os dias de hoje, a placa permanece no saguão do hospital<sup>288</sup>.

No Hospício de Alienados de Recife, em Pernambuco, a terapia pela infecção palúdica foi instituída entre os anos de 1931 e 1932 pelo seu diretor, o Dr. Ulysses Pernambucano, também no tratamento de casos gerais de neurosífilis. Segundo Maria Concepta Padovan, os psiquiatras pernambucanos se debruçaram sobre a terapêutica, esforçando-se para adapta-la a sua realidade e para promover a conscientização da população sobre a própria doença em si e sobre a malarioterapia. De acordo com a autora, os prontuários analisados não fazem referência a acidentes e/ou reações adversas ao tratamento manifestadas pelos pacientes. Para ela, isso também pode indicar a intenção dos médicos em garantir que uma das principais ferramentas terapêuticas pertencentes ao campo da psiquiatria continuasse sendo encarada como um método de sucesso, ao menos por grande parte da comunidade. Padovan parece chegar a conclusões similares às de Joel Braslow no período que chamou de *Premalaria Era*: dentro do hospício pernambucano parecia ser frequente a “objetificação” do neurosifilítico

---

<sup>286</sup> *Ibidem*. pp. 85-86.

<sup>287</sup> MATTOS, S. G.; CURY, J. A. A malarioterapia no tratamento da neurosífilis. *op. cit.* p. 157.

<sup>288</sup> *Ibidem*. p. 158.

por parte dos médicos. No entanto, a autora não estabelece relações entre esta postura e a malarioterapia<sup>289</sup>.

Em 1928, na Faculdade de Medicina de Minas Gerais, o doutor Galba Velloso, concorrendo a uma vaga para a cadeira de psiquiatria desta instituição, defendeu sua tese intitulada “Malarioterapia na doença de Bayle”. Como não tivemos acesso ao trabalho, não podemos afirmar que terapêutica foi administrada neste estado, contudo, conseguimos dizer que os médicos mineiros sabiam da existência da malarioterapia<sup>290</sup>. Com relação ao Rio de Janeiro, mais uma vez, os estudos encontrados não têm a terapêutica palúdica como tema central, fazendo somente menções à técnica, sem detalharem sua aplicação e/ou abordarem outros aspectos sobre o assunto<sup>291</sup>. Desta forma, e como citado anteriormente, esta é a proposta do presente trabalho, e cujo terceiro capítulo pretende dar conta de tal tarefa.

Os casos anteriormente apresentados corroboram, em grande medida, a visão de que a terapêutica levantou algumas preocupações, a princípio, éticas, em diferentes lugares do mundo, inclusive no Brasil – ainda que em escala bem menor – antes do período após a Segunda Guerra, que se constituiu como o grande marco de origem de questões dessa ordem<sup>292</sup>. Embora possamos argumentar que o receio de retaliações jurídicas provavelmente tenha sido o elemento que impulsionou estas reflexões e reservas, não devemos ignorar sua existência. Assim, seria interessante que os casos fossem investigados mais a fundo, a fim de elucidar os possíveis fatores que possam tê-las desencadeado. Além disso, são frequentes as considerações relacionadas ao catastrófico impacto sanitário que poderia ter a administração negligente e desleixada da malarioterapia, assim como é recorrente o envolvimento de órgãos públicos no processo de estabelecimento da terapêutica enquanto procedimento padrão de tratamento da neurosífilis.

---

<sup>289</sup> PADOVAN, M. C. A terapêutica da malarioterapia no Hospital de Alienados do Recife. *op. cit.* pp. 111-112; BRASLOW, J. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 596.

<sup>290</sup> MENDONÇA, J. L. de, COELHO, R. S.; GUSMÃO, S. História da psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (1911-1961). Disponível em: <<http://sbhm.webnode.com.br/news/historia-da-psiquiatria-na-faculdade-de-medicina-da-universidade-federal-de-minas-gerais-1911-1961-/>> Acesso em 18 jul. 2014.

<sup>291</sup> DIAS, A. A. T. *'Dramas de sangue' na cidade: psiquiatria, loucura e assassinato no Rio de Janeiro (1901-1921)*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010; DIAS, P. B. *Arte, loucura e ciência no Brasil: as origens do Museu de Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro. Apresentada como dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 2003; VENÂNCIO, A. T. A. Ciência psiquiátrica e política assistencial. *op. cit.*; CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.*; ENGEL, M. Os Delírios da Razão. *op. cit.*

<sup>292</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* p.251; HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 261; WEINDLING, P. The Origins of Informed Consent: The International Scientific Commission on Medical War Crimes, and the Nuremberg Code. *Bulletin of the History of Medicine*, Nova York, v. 75, n. 1, 2001, pp. 37-71.

Por fim, os trabalhos citados podem dar uma ideia de quão diversa foi a apropriação do tratamento palúdico por diferentes doutores e porque essa pode ser tratada como um “objeto de fronteira”. Obviamente, havia diretrizes de administração comuns, no entanto, as especificidades do protocolo eram estabelecidas a partir das necessidades e limitações impostas aos médicos por elementos que compunham sua realidade de trabalho, como as condições das instituições nas quais atuavam, as tradições disciplinares e os diferentes estilos que estas assumiam localmente, bem como suas relações com seus pacientes etc. Por fim, os múltiplos significados assumidos pela malarioterapia se diferenciavam na percepção de médicos e de paráliticos gerais. Enquanto para os primeiros a crescente adesão à técnica caracterizava-se como um dos principais processos que fomentava a legitimação do campo da psiquiatria, para muitos dos indivíduos pertencentes ao segundo grupo essa, muitas vezes, representava a esperança de interrupção de um processo de degeneração do corpo, da mente e da moral, e do retorno à vida social.

### **2.3 – Uma doença dita salutar: consequências e desdobramentos da utilização da malarioterapia**

Apesar do impacto que teve a terapêutica desenvolvida por Julius Wagner-Jauregg em 1917, e de seu nome ter sido indicado para o Prêmio Nobel desde 1924, a premiação do esculápio vienense veio somente três anos depois, em 1927, quando o psiquiatra sueco, membro do comitê do Nobel, Bror Gadelius, se aposentou. Gadelius era médico do hospital de Konradsberg em Estocolmo (Suécia) e professor extraordinário de psiquiatria no Instituto Karolinska, localizado na mesma cidade. Como integrante do grupo, ele se recusou a laurear “um médico que injetou malária em um paralítico, porque, a seus olhos, ele era um criminoso.”<sup>293</sup>

Alguns pesquisadores que estudam ou estudaram o tema da malarioterapia, quando mencionam as controvérsias geradas pela contemplação de Wagner-Jauregg com o Prêmio Nobel, consideram o posicionamento de Bror Gadelius como “o único indício de crítica contemporânea na história de Jauregg e o único indício de preocupação com a ética.”<sup>294</sup>. Segundo Magda Whitrow, até a década de 30 do século passado, ninguém além do psiquiatra

---

<sup>293</sup> SCHONBAUER, L.; JANTSCH, M. Die Malariatherapie der progressiven Paralyse. In *Julius Wagner-Jauregg – Lebenserinnerungen*. Viena: Springer-Verlag Wien GMBH, 1950, pp. 144-176 *Apud* TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy. *op. cit.* p. 251. Tradução minha.

<sup>294</sup> AUSTIN, S. C., STOLLEY, P. D.; LASKY, T. The history of malariotherapy for neurosyphilis. *op. cit.* p. 518.

sueco havia levantado questões ligadas à ética da administração da malarioterapia<sup>295</sup>. Stephanie Austin, Paul Stolley e Tamar Lasky escrevem em seu artigo de 1992 que:

Considerações éticas não constrangeram os pesquisadores a injetarem conhecidos organismos patogênicos em pacientes mentais; [da mesma forma que] preocupações éticas ou científicas não demandaram muita evidência antes de se utilizar este tratamento perigoso, ou antes de laurear com o Prêmio Nobel seu descobridor<sup>296</sup>.

Como já demonstrado, o tema das preocupações éticas no campo da medicina e, mais especificamente, no campo da psiquiatria, não parece ser tão simples como colocam os autores antes citados e outros pesquisadores que defendem o discurso de que essa não era uma preocupação que habitava os pensamentos médicos até o final da Segunda Guerra Mundial. Ao estudarmos a trajetória da malarioterapia em direção à sua estabilização enquanto fato científico e terapêutica consolidada, identificamos alguns indícios de que essa é uma questão que deve ser problematizada. Apesar desse não constar entre os objetivos do presente trabalho, gostaríamos de pontuar algumas evidências encontradas em fontes primárias que sinalizam esta necessidade de um estudo mais aprofundado e de uma complexificação do tema.

Em 1897, no Congresso de Medicina ocorrido em Moscou, Richard von Krafft-Ebing, psiquiatra austríaco de renome na época e cuja sucessão na diretoria da Primeira Clínica Psiquiátrica do asilo do condado de *Lower Austria* coube a Wagner-Jauregg, menciona um experimento realizado em nove paráliticos gerais, nos quais um médico, que ele não cita o nome, inoculou sífilis. Segundo o próprio Wagner-Jauregg, o médico cuja identidade permaneceu velada por Krafft-Ebing durante o evento é Josef Adolf Hirschl, seu assistente. Neste experimento, ambos tentavam provar a origem sífilítica da paralisia geral progressiva, que ainda não havia sido comprovada de acordo com os parâmetros científicos da época e em cujo entorno ainda circulavam muitas controvérsias<sup>297</sup>.

Obviamente, e como lembra Harry Oosterhuis em seu livro sobre Krafft-Ebing e a construção do conceito de identidade sexual, de acordo com as *atuais* diretrizes da ética

---

<sup>295</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* p. 310.

<sup>296</sup> AUSTIN, S. C., STOLLEY, P. D.; LASKY, T. The history of malariotherapy for neurosyphilis. *op. cit.* p. 518. No original: “Ethical considerations did not constrain researchers from injecting known pathogens into mental patients; neither ethical nor scientific considerations demanded much evidence before using this dangerous treatment or before awarding the Nobel Prize to its discoverer.”. Tradução minha.

<sup>297</sup> WAGNER, J. The history of the malaria treatment of general paralysis. *op. cit.* p. 581; OOSTERHUIS, H. *Stepchildren of Nature – Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity*. Chicago: The University of Chicago Press, 2000.

médica este jamais seria um experimento aceitável dos mais diversos pontos de vista. Apesar de já conhecermos bem a etiologia da paralisia geral progressiva e, a princípio, pensarmos que não haveria problema em inocular um tipo de microrganismo que já está presente no corpo de um paralítico, isto constitui sim um problema para a medicina atual que vai além dos elementos antiéticos embutidos na dinâmica do experimento em questão. Fazemos esta observação, porque, além da própria natureza do teste ser controversa em termos éticos, também poderia ser questionado, atualmente, seu rigor científico, já que não é apontada a existência de um grupo controle. No entanto, este será um ponto explorado adiante, uma vez que Wagner-Jauregg também sofreu críticas relacionadas a este aspecto.

Em artigo de 1935, intitulado “The history of malaria treatment of general paralysis”, Jauregg escreve a seguinte passagem sobre a relação entre o ocorrido no congresso de Moscou e a descontinuidade de seus experimentos com a erisipela:

Os experimentos [com erisipela] foram interrompidos, porque, no momento, fui indicado para o cargo de professor de psiquiatria na Universidade de Graz (Áustria). Além disso, a ciência médica do período olhava com maus-olhos a experimentação em seres humanos. Este espírito mostrou-se abertamente na atitude hostil do público e das autoridades, quando Hirschl inoculou nove pacientes de paralisia geral com sífilis. Hoje em dia isso não seria um problema, mas naquele momento, o ensinamento de Fournier sobre a etiologia sífilítica da paralisia geral não havia sido aceito por todos. Hirschl quase foi para a prisão por seus *empenhos científicos zelosos*<sup>298</sup>.

As palavras do médico vienense mostram claramente que esta não era uma de suas preocupações *pessoais*, no entanto, muitos médicos e a opinião pública em geral questionavam fortemente a ética de determinados procedimentos ditos científicos. Na primeira edição de seu “Manual de Psiquiatria” publicada em 1921, o psiquiatra brasileiro Henrique Roxo manifesta uma visão bastante diferente sobre o evento mencionado por Jauregg:

Outra prova que a doença depende da sífilis é a que Krafft-Ebing forneceu ao Congresso de Moscou, em 1897, e que tanta celeuma provocou, por ser *atentatória dos preceitos da medicina legal*.

Inoculou um experimentador em oito paralíticos gerais, nos quais não houvera qualquer acidente anterior sífilítico, substâncias tiradas de um cancro duro e de sífilides mucosas de dois sífilíticos em plena evolução.

Observadas durante seis meses as vítimas desta *experiência criminosa* que Krafft-Ebing afirma terem sido úteis, mas não realizadas por

---

<sup>298</sup> WAGNER, J. The history of the malaria treatment of general paralysis. *op. cit.*, p. 678. Grifos meus.

ele e sim por um autor anônimo, nada se constatou de sífilis, o que prova que já a possuíam<sup>299</sup>.

Roxo parece estar no grupo daqueles médicos psiquiatras que mais se ocupava de questões relacionadas ao bem estar não só físico, como sentimental dos pacientes, além daquelas inerentes ao respeito da moral destes indivíduos e da sua própria. No prefácio da mesma edição do manual citado anteriormente, Roxo pondera:

Tive a ideia de entremear o livro com fotografias de certos alienados, de sorte a tornar mais significativo o que ia descrevendo.

Não o fiz, porém, porque me arreceei de que me acoimasse de andar violando o segredo profissional, mormente quando os indigentes, de que me iria servir, me o não permitiriam fazer<sup>300</sup>.

E sobre a sinceridade com os pacientes, escreve:

Há quem aconselhe que o médico se apresente como negociante que vem tratar de questões comerciais, como advogado que vem procurar defende-lo, enfim, que dispa as suas roupagens e iluda o doente com um feitio que não é o seu.

Sempre me *repugnou* proceder desta forma e acho que nunca, em tempo algum, a gente deve fingir ser o que não é. Demais, a ilusão pouco tempo persistirá e quando ele perceber que foi enganado, nada mais se logrará obter<sup>301</sup>.

Além das considerações mais genéricas feitas pelo médico e citadas anteriormente, Roxo esteve diretamente ligado às discussões se a malarioterapia seria uma técnica adequada ou não para ser utilizada no tratamento da PGP. Na segunda edição de seu manual, publicada em 1925, ele se posiciona:

Há, a meu ver, um defeito fundamental neste método que é o se provocar uma infecção que pode matar, e que se deixa ficar bem entranhada para então se agir contra a ela, talvez um tanto tardiamente. Sou constantemente de opinião de se não tentar método algum terapêutico que possa em qualquer hipótese sacrificar a vida do paciente.

[...]

---

<sup>299</sup> ROXO, H. B. B. Paralisia geral. *In Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921, pp. 431-466, p. 448. Grifos meus.

<sup>300</sup> ROXO, H. B. B. Prefácio. *In Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921, pp. 7-9, p. 9.

<sup>301</sup> ROXO, H. B. B. Técnica para exame de um alienado. *In Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921, pp. 55-70, p. 58. Grifo meu.



O método de tratamento pela iodolose e hectina, que emprego nos meus clientes, é o mais eficaz, pois com ele tenho obtido boas remissões, e nunca acarreta qualquer risco de vida, o que é fundamental<sup>302</sup>.

Já no ano de 1924, Henrique Roxo se manifestava desconfortável com a utilização da malarioterapia em uma reunião da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Na ata da oitava sessão realizada a sete de outubro deste ano consta a seguinte passagem:

A seguir o Dr. Waldemar apresenta o balanço da tesouraria da Sociedade, o qual é aprovado. Lê também alguns dados do seu relatório do ano passado sobre a Colônia de Alienados de Vargem Alegre e refere ter iniciado tratamento da paralisia geral pela inoculação do impaludismo. Oportunamente trará ao conhecimento da Sociedade o resultado de suas observações.

O Prof. Juliano Moreira declara estar sendo o mesmo tratamento ensaiado em doentes do serviço do Dr. Ulysses Vianna, no Hospital Nacional, pelo Dr. Floriano de Azevedo.

O Prof. Henrique Roxo, em princípio, mostra-se pouco simpático a essa terapêutica, pelos perigos que pode originar.

O Prof. Juliano Moreira diz haver consentido no emprego do método em questão depois de convencido da ausência de anofelinas no Hospital Nacional<sup>303</sup>.

As passagens transcritas, somadas aos casos expostos relatados por historiadores em outros países, nos permitem perceber o quão radical é a generalização de que os médicos psiquiatras se mantiveram acríticos em relação ao emprego de determinados procedimentos, inclusive da malarioterapia. Ao longo do próximo capítulo, exporemos alguns outros indícios de que os doutores que atuavam no Rio de Janeiro também possuíam ressalvas com relação à utilização do impaludismo. Após alguns anos, e provavelmente devido a diferentes fatores, Henrique Roxo modificou sua opinião sobre a técnica, tornando-se um adepto e praticante da mesma. Contudo, esta transição de opinião será tratada com as devidas considerações e minúcias a frente. Desta forma, tendo em vista as transcrições anteriores, não podemos dizer que a maioria dos psiquiatras se colocava contra e/ou levantava preocupações éticas concernentes aos tratamentos e/ou condutas para/com os pacientes. Mas daí a dizer que essas

---

<sup>302</sup> ROXO, H. B. B. Paralisia geral. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 2ª edição, 1925, pp. 469-507, pp. 506-507.

<sup>303</sup> 8ª SESSÃO da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada a 7 de outubro de 1924, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3 e 4, pp. 218-222, p. 221. O Doutor Waldemar citado na passagem é Waldemar Almeida.

não eram uma questão para a comunidade neste período constitui um salto de trivialização do tema, que é muito interessante, complexo e mereceria estudos mais aprofundados.

Apesar de grande parte da historiografia sobre a malarioterapia remeter seu leitor a estatísticas de melhoras significativas bastante razoáveis, parece que as controvérsias sobre a eficácia e legitimidade de aplicação do método existiam desde sua criação e perduram até os dias de hoje. Edward Brown, em seu artigo de 2000, afirma que havia discussão sobre a eficiência da terapêutica, e cita Henry A. Bunker, médico psiquiatra norte-americano que atuava no *New York State Psychiatric Institute*. Henry Bunker acreditava que os pacientes nos quais o tratamento era capaz apenas de estacionar a evolução da doença por quatro ou cinco anos não poderiam ser considerados como exemplos de êxito, e que, em sua opinião, estes indivíduos que permaneciam institucionalizados estariam melhores se estivessem mortos<sup>304</sup>. Segundo Juliet Hurn, alguns médicos acreditavam que as remissões ocorridas eram próprias da natureza da PGP, ou seja, havia casos nos quais a melhora poderia ocorrer espontaneamente. No mais, parte destes doutores defendia a ideia de que nos últimos dez ou 20 anos a doença havia se tornado menos agressiva e mais susceptível ao tratamento<sup>305</sup>.

No artigo anteriormente citado, os autores Stephanie Austin, Paul Stolley e Tamar Lasky questionam a real eficácia da malarioterapia no tratamento da neurosífilis, argumentando que os métodos de pesquisa utilizados, na época na qual a terapêutica foi criada, impedem que se verifique se ela realmente trazia benefícios. Os pesquisadores escrevem que Wagner-Jauregg e seus colaboradores não utilizavam grupos controle e nem qualquer técnica de amostragem. Tampouco a alocação dos pacientes nos grupos para estudo era randomizada, o que, atualmente, é imprescindível para se atestar a confiabilidade e imparcialidade da pesquisa. Além disso, para eles, o fato dos médicos adeptos da malarioterapia terem consciência de que essa era mais eficiente em paráliticos em estágio menos avançados da doença, levava-os a selecionarem os indivíduos que seriam malarizados, o que favorecia os números que “atestariam” a eficácia do tratamento. É certo que as afirmações feitas pelos três autores têm alguma procedência, porém, gostaríamos de fazer algumas considerações sobre este assunto, as quais nos ajudariam a compreender um pouco melhor porque, mesmo com todas estas críticas, a malarioterapia foi uma técnica utilizada por quase meio século.

---

<sup>304</sup> BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 380.

<sup>305</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* pp. 240-267.

A primeira delas contempla o fato de que há trabalhos, como os de Magda Whitrow e Cynthia Tsay, por exemplo, que demonstram que duas das características reconhecidas de Jauregg eram o rigor e a seriedade científicos. Whitrow conta que em seu 90º aniversário de nascimento, Otto Kauders, um dos assistentes do psiquiatra austríaco – e, posteriormente, diretor da clínica de Viena – faz uma homenagem ao seu tutor. Após explicar alguns métodos estudados por Jauregg, Kauders declara que o psiquiatra vienense preferia deixar que seus colaboradores conduzissem os testes com a malarioterapia, pois assim, ele daria menos margem à eventuais acusações de manipulação de experimentos<sup>306</sup>.

O pupilo conta ainda que seu professor era a favor do que chamava de *Simultanmethode*, ou, em português, método simultâneo. Wagner-Jauregg escreve em um de seus artigos que, durante os testes com a tuberculina, os pacientes eram, sim, alocados de forma aleatória em dois grupos, um que seria tratado pelo novo método e outro que permaneceria sem o tratamento. No entanto, o psiquiatra austríaco declarava achar um absurdo que certos doentes ficassem sem tratamento para que fossem analisados os efeitos de outras terapias, uma vez que a malarioterapia já existia e era considerada eficaz. Assim, recomendava que o experimento fosse feito da seguinte forma: os paralíticos seriam divididos em dois grupos, um “controle” e um que seria tratado com a terapêutica a ser testada. Porém, o grupo “controle” de Jauregg tinha uma especificidade: ao invés dos pacientes permanecerem sem tratamento, esses seriam malarizados. Jauregg aplicou este método quando quis verificar a eficácia de dois medicamentos, o Pyrifer e o Saprovitán<sup>307</sup>. Não podemos descartar a possibilidade de o psiquiatra ter enxergado na promoção do método simultâneo uma oportunidade para enaltecer e até difundir sua técnica. No entanto, também não é razoável ignorar este episódio e alegar simplesmente que o médico não possuía preocupações metodológicas, por mais que não consigamos nos afastar dos padrões atuais, e consideremo-las truncadas frente a eles, as mesmas existiam.

Em segundo lugar, o que hoje chamamos de *randomized controlled trial* ou, em português, estudo clínico randomizado controlado teve seu primeiro estudo publicado em 1948, por Austin Bradford Hill e colaboradores, que levaram o crédito pelo desenvolvimento do método, apesar de outros autores já o terem utilizado sem este nome. Assim, como lembra Joel Braslow, hoje dispomos de uma “distância antropológica” que torna problemática a formulação de opiniões pessoais sobre a demência paralítica e seu tratamento. Em outras

---

<sup>306</sup> WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* pp. 309-310.

<sup>307</sup> *Ibidem*; GARTLEHNER, G.; STEPPER, K. Julius Wagner-Jauregg: pyrotherapy, simultanmethode, and ‘racial hygiene’. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Londres, v. 105, n. 8, 2012, pp. 357-359.

palavras, não podemos cobrar de um indivíduo que ele tenha utilizado o protocolo de uma técnica que foi criada anos depois do desenvolvimento de suas pesquisas<sup>308</sup>.

Por fim, como já mencionado, não é objetivo do presente trabalho julgar, e muito menos atestar, a eficácia da malarioterapia. No entanto, é importante sublinhar que, de acordo com os paradigmas e ideias médicas vigentes durante o período no qual vigorou sua utilização, a aplicação da técnica fazia todo o sentido para muitos profissionais da área da saúde, especialmente da saúde mental. Estas pessoas enxergavam o novo tratamento como a última esperança de cura ou melhora para pacientes cujo destino era bastante sombrio.

Apesar de ter sido o primeiro psiquiatra laureado com o Prêmio Nobel, Julius Wagner-Jauregg não pode ser considerado uma figura popular. Cynthia Tsay, em seu trabalho já citado, tenta entender por que um médico com a trajetória de Jauregg se perdeu em um “mar de nomes”<sup>309</sup>. O médico vienense era uma figura notória, especialmente em seu próprio país, no qual ocupou cargos importantes, como a já mencionada direção do Primeiro Asilo da Universidade de Viena. Além disso, as palestras de Jauregg estavam sempre cheias; o esculápio fazia questão de ilustra-las com casos específicos, que sustentavam as teorias psiquiátricas as quais defendia. Seus assistentes, em geral, eram muito fiéis e ele costumava ser tolerante com ideias das quais não era partidário, como por exemplo, as teorias psicanalíticas. O médico era reconhecido por seus pares e prestigiado por diversos alunos da universidade. Por que, então, um indivíduo com esta trajetória teria caído em um ostracismo tão profundo nos dias atuais?

Tsay fornece três explicações para o fato de nome de Julius Wagner-Jauregg permanecer desconhecido para o público. De acordo com ela, após o término da Segunda Guerra Mundial ocorreu um considerável crescimento do campo da bioética, movido, principalmente, pelos protestos contra as atrocidades cometidas por muitos cientistas durante as primeiras décadas do século XX, sobretudo durante aquele conflito, além da aversão às ideias nazistas. No final de 1945 começou a série de julgamentos conhecidos como Julgamentos de Nuremberg. Seu primeiro caso, “Processo contra os médicos”, foi organizado pelo governo dos Estados Unidos e condenou 16 dos 23 acusados, dos quais 20 eram médicos envolvidos na execução de experimentos em prisioneiros nos campos de concentração. Em agosto de 1947 foi elaborado o Código de Nuremberg, que postulava os quatro princípios bioéticos a serem seguidos em experimentos conduzidos com seres humanos: beneficência,

---

<sup>308</sup> BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 579; STOLBERG, H. O.; NORMAN, G.; TROP, I. Fundamentals of Clinical Research for Radiologists – Randomized Controlled Trials. *American Journal of Roentgenology*, Leersburg, v. 183, 2004, pp. 1539-1544.

<sup>309</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy. *op. cit.* p. 249.

não maleficência, justiça e autonomia<sup>310</sup>. Além disso, e mais tarde, veio a público o caso do *Tuskegee Syphilis Study* que culminou na criação, pelo *National Commission for the Protection of Human Services of Biomedical and Behavioral Research* dos Estados Unidos, de outro guia chamado *Belmont Report* e que previa três princípios fundamentais também para os estudos conduzidos em seres humanos: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça. Tsay julga que “Como médico e cientista Wagner-Jauregg foi uma vítima arquetípica da emergência da consciência pública, especialmente devido ao seu experimento eticamente ambíguo com a terapêutica febril em pacientes cujo consentimento não havia sido obtido.”<sup>311</sup>.

Em segundo lugar, a autora menciona o surgimento de informações ligando Jauregg ao Partido Nazista. Apesar, de sua primeira mulher ser judia, há indícios de que ele era adepto de ideias antissemitas, e esteve fortemente envolvido, como citado anteriormente, em estudos eugênicos, publicando trabalhos acerca do tema. Segundo Tsay, registros da própria instituição indicam duas solicitações de Jauregg para tornar-se seu membro no final de sua vida. Quando faleceu, em 1940, o grupo político publicou um obituário em sua homenagem, congratulando-o pelos seus feitos científicos. No entanto, este também é um ponto na história do psiquiatra austríaco que gera controvérsias entre os diferentes trabalhos publicados sobre o mesmo, e, novamente, investigações e discussões mais consistentes sobre este tema ficam de fora do escopo do presente trabalho, por isso, nos ateremos apenas aos dados presentes na bibliografia sobre o assunto, apresentados acima.

Por fim, e em terceiro lugar, Cynthia Tsay menciona a diminuição do número de paráliticos gerais internados nos asilos, devido ao surgimento e posterior estandardização do uso da penicilina na terapêutica da sífilis. Quando tratados no estágio inicial da doença, os pacientes não chegavam ao estágio de paráliticos e a malarioterapia foi, paulatinamente, deixando de ser utilizada. O surgimento do novo antibiótico se somou às mudanças mais gerais ocorridas no campo da terapêutica psiquiátrica, que, aos poucos, colocava de lado os métodos ditos somáticos e abraçava os psicofármacos e os tratamentos psicológicos, como a psicoterapia, por exemplo. Assim, a terapêutica palúdica, depois de certo tempo, deixou de ser um modelo para novos tratamentos ensaiados em outras doenças mentais<sup>312</sup>.

Dessa forma, podemos dizer que a institucionalização do campo da bioética, somada a uma onda de conscientização social e ao surgimento de novas formas terapêuticas constituíram os três fatores que juntos compuseram o “golpe final” para retirada de Jauregg e

---

<sup>310</sup> *Ibidem*. p. 251; WEINDLING, P. The Origins of Informed Consent. *op. cit.* pp. 37-71.

<sup>311</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy. *op. cit.* p. 251.

<sup>312</sup> *Ibidem*. p. 252.

da malarioterapia da memória pública. Mesmo entre os médicos que atuam nos dias de hoje no campo da psiquiatria, poucos já ouviram falar do esculápio vienense. Apesar de seu discurso recheado de omissões e de declarações truncadas, o episódio da invenção da malarioterapia por Julius Wagner-Jauregg é extremamente rico do ponto de vista da história das ciências, da medicina e, mais especificamente, do campo da psiquiatria, devido às suas consequências e desdobramentos. Identificamos que quatro delas são de especial importância, já que representam conclusões que se repetem entre alguns dos diferentes estudos apresentados, e que julgamos enriquecerem de forma singular a história da psiquiatria.

Em primeiro lugar, e como já mencionado acima, a paralisia geral progressiva era uma das principais doenças responsáveis pela superlotação das instituições psiquiátricas. Após tornar-se um paradigma no tratamento da PGP, a malarioterapia foi responsável por uma série de altas e dispensas, devolvendo a muitos doentes sua vida social e tornando-os capazes de trabalhar e exercer suas funções sociais novamente. Com isso, concedeu-se uma brecha para os atribulados doutores respirarem e abriu-se espaço nas enfermarias lotadas, nas quais puderam ser internados outros doentes<sup>313</sup>. Porém, havia controvérsia com relação a este último aspecto. Juliet Hurn e Edward Brown lembram que *poucos* médicos manifestavam uma opinião diferente acerca deste assunto, alegando que aqueles enfermos nos quais a terapia palúdica exercia apenas o efeito de melhora parca ou transitória permaneciam internados nas instituições psiquiátricas por muitos anos, perdurando uma condição de limitação. Assim, suas famílias eram oneradas em termos financeiros ou obrigadas a cuidar de um indivíduo com habilidades restritas, cuja tendência era a estagnação ou a piora.

Além disso, as bases teóricas da psiquiatria organicista eram reforçadas e a especialidade médica ficava um passo mais próxima de conquistar seu lugar no *hall* das ciências<sup>314</sup>. Na conferência de entrega do Nobel, Wagner-Jauregg fez questão de mencionar que considerava a malarioterapia um tratamento específico. Esta afirmação reforçava a ideia de que a terapêutica incidia diretamente na *causa* das anormalidades e deformações ocorridas na anatomia cerebral, no agente etiológico da sífilis e, conseqüentemente da PGP:

Esta distinção era importante porque estimulava a ideia de que a febre induzida tinha influência direta e específica na raiz orgânica da PGP,

---

<sup>313</sup> BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* pp. 600-608; BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy. *op. cit.* 378-380; TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 252-253; WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *op. cit.* p. 310.

<sup>314</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 252-253.

ao invés de apresentar um modo de ação inespecífico. O princípio da psiquiatria biológica dependia da demonstração de que os tratamentos eram próprios para a doença em questão, já que essa era causada por uma anormalidade *específica* na estrutura anatômica ou neurológica do cérebro<sup>315</sup>.

Mais uma vez, podemos aqui dialogar com Charles Rosenberg, retomando as questões relacionadas à importância da especificidade das doenças como parâmetro para definição e legitimação das mesmas enquanto entidades nosológicas. Em outras palavras, o estabelecimento de características, sintomas e lesões específicos fornecia evidências convincentes, para os paradigmas da medicina à época, de que a enfermidade em questão realmente constituía uma entidade autônoma, e, por isso, deveria ser reconhecida enquanto tal. Além disso, a descoberta de um tratamento característico, singular, típico para aquela doença construía mais um respaldo para a teoria de sua especificidade. Assim, a paralisia geral progressiva e a malarioterapia, como objetos específicos pertencentes ao campo da psiquiatria, constituíram-se como subsídios consistentes para se “atestar” a cientificidade desta área do conhecimento<sup>316</sup>.

Por fim, a malarioterapia interrompeu o que os estudiosos do campo da psiquiatria chamam de niilismo terapêutico, típico do período no qual vigoraram as ideias kraepelianas<sup>317</sup>. A ausência da descoberta de tratamentos efetivos para muitas das graves doenças mentais criava um sentimento de desesperança nos psiquiatras. Tal sentimento contribuía para a falta de interesse e até para a estagnação dos estudos que buscavam desenvolver a cura para estas enfermidades. Os pacientes paralíticos, por definição, estavam fadados a um destino implacável, e isso, muitas vezes, influenciava negativamente a relação entre esses e seus médicos, como mostra Braslow. Segundo Cynthia Tsay, a terapêutica desenvolvida por Wagner-Jauregg forneceu uma alternativa para este futuro tão cruel, além de ter ressuscitado o interesse pelas pesquisas que tentavam descobrir um tratamento para outras afecções mentais, cujo prognóstico era tão sombrio quanto o que pertenceu à paralisia geral progressiva durante quase um século:

---

<sup>315</sup> *Ibidem*. p. 250. Grifos meus. No original: “This distinction was important because it promoted the idea that induced fever had a direct, specific action on the organic root of GPI rather than a universal, non-specific course. The tenet of biological psychiatry depended on the demonstration that treatments were specific for the disease in question because the illness was caused by a specific abnormality in the brain anatomy or neurology.”. Tradução minha.

<sup>316</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 252-253; ROSENBERG, C. E. Contested boundaries. *op. cit.*

<sup>317</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* pp. 252-253; BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *op. cit.* p. 376; SHORTER, E. Alternatives. *op. cit.* p. 191-196; BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians’ narratives and interrogations. *op. cit.* pp. 607-608.

[...] O estudos de Wagner-Jauregg com a malarioterapia em pacientes acometidos pela PGP não resultaria apenas no primeiro Prêmio Nobel da psiquiatria, mas também romperia com a iminente sensação de condenação que rondava o campo da psiquiatria.

[...] Sua descoberta demonstrou que as psicoses, eventualmente, poderiam ter uma causa natural, e Wagner-Jauregg enxergou um futuro promissor para o campo da psiquiatria, estimulando seus colegas cientistas a procurarem por tratamentos para doenças mentais através da identificação da raiz orgânica do problema<sup>318</sup>.

Logo, podemos dizer que a malarioterapia constitui-se como um dos tratamentos psiquiátricos mais bem-aceitos na sua época e contribuiu para dar a esta área da medicina crédito de ciência e legitimidade perante outras especialidades, porque sugeria a origem biológica de uma importante desordem mental e como ela poderia ser tratada. Nas palavras de Tsay, a malarioterapia foi “uma vitória ideológica para os psiquiatras organicistas, porque rompeu com o niilismo terapêutico existente, derivado da tradição kraepeliana.”<sup>319</sup>. No capítulo sobre o emprego da malarioterapia na cidade do Rio de Janeiro, discutirei em que medida os efeitos anteriormente citados influenciaram o campo da psiquiatria e os cenários nos quais atuavam os profissionais da medicina mental, procurando elucidar as especificidades deste caso.

#### **2.4 – Candidatas a substitutas: o surgimento da penicilina e de outras terapias alternativas à malarioterapia**

O processo da malarioterapia era notoriamente exaustivo para os pacientes e para as enfermeiras – que os monitoravam a todo o momento – tinha efeitos colaterais e era perigoso, podendo, inclusive, matar o doente. Por que, então, a terapia em questão era utilizada em larga escala? Quais eram os motivos concretos que levavam os esculápios a acreditarem ser este um tratamento conveniente? Segundo alguns autores, o furor entre os médicos era desencadeado por evidências empíricas. Em outras palavras, quando os psiquiatras *observavam* a melhora de diversos paráliticos a partir da administração da terapêutica e

---

<sup>318</sup> *Ibidem*. p. 250. No original: “[...] Wagner-Jauregg’s work with malaria therapy on patients suffering from GPI would not only result in the First Nobel Prize in psychiatry but would also break through the impending sense of doom that hung over the field of psychiatry. [...] His Discovery demonstrated that psychosis could potentially have a natural cause, and Wagner-Jauregg predicted a rosy future for the field of psychiatry, urging his fellow scientists to search for treatments for psychiatric disorders by identifying the organic root of the problem.”. Tradução minha.

<sup>319</sup> *Ibidem*. p. 253.



acompanhavam a obtenção de resultados similares por seus colegas em diferentes lugares do mundo, isso se caracterizava como evidência suficiente do seu sucesso para os paradigmas do momento<sup>320</sup>. Até mesmo porque, o mecanismo de ação da malarioterapia era obscuro e o permanece até os dias de hoje, sendo esta uma questão que sempre despertou o interesse dos profissionais envolvidos com sua aplicação e estudo, especialmente o de seu criador.

No artigo que assina sobre a história da terapêutica palúdica, Wagner-Jauregg conta que, já em 1887, não era partidário da ideia de que a temperatura elevada seria o principal fator responsável pelas melhorias observadas nos pacientes submetidos às piretoterapias em geral<sup>321</sup>. Jauregg acreditava que a malária enfraquecia a barreira hematocefálica, deixando-a mais “permeável” à passagem de medicamentos contra a espiroqueta causadora da sífilis, como o salvarsan e mercúrio, possibilitando que esses atingissem o sistema nervoso central<sup>322</sup>. No entanto, segundo Joel Braslow e Jesper Kragh, em geral, se acreditava que o aumento da temperatura era o fator aniquilador do *Treponema pallidum*. Este efeito se somaria a outra consequência da infecção malárica, que também dividia os médicos: um grupo acreditava que o aumento do número de leucócitos ampliava a resistência do paciente aos efeitos do agente transmissor da PGP. Outros defendiam que a doença desencadeava uma elevação na produção de anticorpos que, por sua vez, avultava a imunidade dos pacientes contra as espiroquetas<sup>323</sup>.

No entanto, especificamente na Dinamarca, esta teoria dos anticorpos perdeu bastante força, devido à introdução de uma máquina chamada *hypertherm*. Também conhecida como *Kettering hypertherm*, o equipamento funcionava como uma estufa, aumentando a temperatura corporal do paciente colocado em tratamento, e fora igualmente utilizada na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos. Desenvolvido como uma alternativa para as piretoterapias, o *hypertherm* acabou por fornecer uma evidência que desconstruía a teoria da produção elevada de anticorpos. Segundo alguns médicos, os pacientes submetidos ao tratamento com o novo aparelho se recuperavam dos sintomas da mesma forma que aqueles tratados com a malária. Uma vez que o aumento de anticorpos não era impulsionado com o uso do *hypertherm*, o primeiro não poderia constituir-se como o evento responsável pelos efeitos da malarioterapia. Porém, ainda assim, muitos doutores relutavam em substituir completamente o tratamento palúdico pelo novo método, pois esse era extremamente caro, ao contrário do primeiro, que

---

<sup>320</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 211.

<sup>321</sup> WAGNER, J. The history of the malaria treatment of general paralysis. *op. cit.* p. 578.

<sup>322</sup> BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 588.

<sup>323</sup> *Ibidem*; KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* pp. 479-480.

também poderia ser utilizada nos pacientes mais agitados os quais não se conseguia colocar na máquina<sup>324</sup>.

Como já mencionado no capítulo anterior, após a disseminação da utilização da malarioterapia e, conseqüentemente, das observações realizadas sobre seus “perigos”, outras técnicas começaram a ser desenvolvidas e/ou estudadas com o objetivo de se transforma-las em potenciais substitutas da primeira. Além do *Kettering hypertherm*, outro método de elevação da temperatura corporal foi criado em 1931, pelos médicos norte-americanos Neymann e Osborne. A dupla publicou um artigo sugerindo que o aquecimento corporal para tratar os paralíticos fosse obtido através de banhos quentes. Seus resultados foram, a princípio, animadores: em 25 casos, 16 tiveram remissões apreciáveis; dois apresentaram melhoras visíveis e em sete pacientes não houve mudanças de estado. No entanto, Pacheco e Silva ressaltava inconvenientes do método: a necessidade de um aparelho potente para se aquecer a água, que seria utilizada no banho, e que, ao mesmo tempo, não causasse queimaduras nos pacientes. A nova técnica fora adaptada pelos doutores José Fajardo e Marques de Carvalho para ser utilizada no Juqueri, porém, a construção da aparelhagem era cara e o tratamento não surtiu os efeitos esperados, permanecendo como uma alternativa reserva no caso de falha de outros meios terapêuticos<sup>325</sup>.

Como exemplo de substâncias químicas que poderiam provocar os acessos febris estava o nucleinato de sódio e o enxofre (sulfosin). O primeiro era ineficaz no tratamento da PGP; o segundo, cuja administração também era conhecida como sulfurpiretoterapia, caracterizou-se como uma tentativa de substituir a malarioterapia. Em 1927, Knud Schroeder, médico dinamarquês chefe do hospital de Odense, foi o proponente da troca, já que a primeira não produzia efeitos colaterais significativos como a segunda, e mostrava-se de certa forma eficiente em alguns casos de tabes, PGP e outras formas de neurosífilis<sup>326</sup>. Contudo, Pacheco e Silva declara:

A nossa experiência não nos leva a considerar a sulfurpiretoterapia superior à malarioterapia, entretanto, julgamos que ela tem suas indicações, sobretudo quando se não pode adotar a paludoterapia. Já atinge a perto de cem os doentes por nós tratados com o sulfurpiretógeno Fism, com resultados satisfatórios quanto às melhoras clínicas, sem registrar qualquer acidente<sup>327</sup>.

---

<sup>324</sup> KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* p. 480.

<sup>325</sup> PACHECO E SILVA. Neurosífilis. *op. cit.* pp. 157-163.

<sup>326</sup> *Ibidem.* pp. 130-135.

<sup>327</sup> *Ibidem.* p. 135.

A substância biológica mais utilizada era o leite, que também não surtia efeito sobre a PGP, já as de origem microbiana caracterizavam-se por: Dmelcos, Saprovitán e Pirifer. Em 1927, o neurologista francês Jean Athanase Sicard e seus colaboradores viram no Dmelcos, uma vacina contra o cancro mole, um promissor substituto para a malarioterapia. O imunobiológico, desenvolvido pelo bacteriologista e pelo biólogo franceses Charles Nicolle e Paul Durand, produzia bons resultados na PGP, mas, ainda assim, e apesar de seu emprego mais fácil e seguro, foi considerado inferior à malária por muitos médicos<sup>328</sup>. O Saprovitán, composto que continha organismos vivos saprófagos – ou seja, que se alimentam de matéria orgânica em decomposição – também foi visto como potencial substituto da malarioterapia por Dreyfus e Hanau. No entanto, provocava em diversos casos infecção generalizada e era ineficaz<sup>329</sup>. Por fim, o Pirifer, uma albumina de origem bacteriana que foi fabricada pelo Laboratório Rosenberg, sob encomenda de um cientista que Pacheco e Silva identifica como Siemerling, também não provocava melhora em casos de neurosífilis<sup>330</sup>. Geralmente, os idealizadores dos métodos mencionados costumavam ser os únicos, ou os poucos, que encontravam bons resultados com suas novas técnicas. Algumas delas foram desenvolvidas na tentativa de suplantá-la malarioterapia, devido aos perigos de sua administração. No entanto, não encontraram muito êxito<sup>331</sup>.

Em meio às “terapêuticas pela própria infecção”, encontramos a malarioterapia, o sodoku e a febre recorrente. A aplicação da malarioterapia será minuciosamente descrita e discutida nos próximos dois capítulos do presente trabalho, por isso, não falarei sobre esta técnica aqui. O sodoku caracteriza-se como uma enfermidade transmitida pela mordida de ratos, bastante comum no Japão, e cujo agente etiológico é uma bactéria denominada *Morsus muris*. Apesar de alguns pesquisadores terem obtido resultados satisfatórios, sua utilização não se generalizou, pois não foi considerada superior à malarioterapia. O mesmo ocorreu com a inoculação do *Borrelia duttoni*, uma das bactérias transmissoras da febre recorrente<sup>332</sup>.

Há alguns registros que indicam a utilização da malarioterapia em diversos países até meados do século XX. No entanto, os autores notam que, a partir da década de 1940, o número de artigos publicados sobre o assunto caiu significativamente. Esta gradual diminuição na quantidade de trabalhos que faziam referência ao tratamento provavelmente se deveu, em grande parte, à publicação do estudo de John Mahoney e colaboradores no ano de

---

<sup>328</sup> *Ibidem*. pp. 136-138.

<sup>329</sup> *Ibidem*. pp. 138-139.

<sup>330</sup> *Ibidem*. p. 139.

<sup>331</sup> *Ibidem*. pp. 135-140.

<sup>332</sup> *Ibidem*. pp. 156-157.

1943, sobre o uso da penicilina no tratamento da sífilis. A partir deste momento, começaram a surgir maior quantidade de artigos que comparavam a utilização da malarioterapia com a administração do novo antibiótico<sup>333</sup>.

No entanto, ao contrário do que podemos pensar, a estabilização da penicilina enquanto tratamento padrão para a neurosífilis não foi um processo simples e, muito menos, rápido. A malarioterapia havia conquistado a confiança de muitos psiquiatras e pacientes durante os quase 30 anos de sua utilização. Assim, a nova candidata a terapêutica mais adequada levou algum tempo para adquirir a “comprovação” deste *status*. O estudo *preliminar* publicado por Mahoney e seus colegas, em 1943, apresentava experimentos realizados com pacientes acometidos pela sífilis em estágio *recente*. Logo, o fato da substância ser eficaz nestes casos não queria dizer que o mesmo também provocasse melhora em indivíduos portadores de sua forma neurológica. Os demais medicamentos utilizados até então para o combate à doença não surtiam efeito em sua fase tardia. Somente um ano depois, em 1944, que dois artigos mais conclusivos são publicados pelo mesmo grupo de pesquisadores: um apresentando quase 1.500 casos de sífilis primária que haviam sido tratados pela penicilina e outro que ensaiava sua utilização, aí sim, em pacientes com neurosífilis. Infelizmente, não temos mais informações sobre os experimentos que buscavam tratar a sífilis nervosa com o novo antibiótico, pois não conseguimos acesso ao periódico no qual se encontra o trabalho.

Contudo, há registros de que até 1963 se utilizou a malarioterapia no tratamento da PGP, especialmente naqueles casos onde o neurosífilítico se mostrava resistente ou alérgico ao antibiótico. Na Dinamarca, por exemplo, a introdução da penicilina ocorreu apenas em 1946, quando essa era utilizada concomitantemente com o já citado *hypertherm*. No entanto, a administração da malarioterapia perdurou até os anos 50, já que os psiquiatras dinamarqueses não estavam muito confiantes na possibilidade de substituir totalmente estas duas terapêuticas somente pelo uso da penicilina<sup>334</sup>. Nos Estados Unidos, muitos médicos que atuavam em algumas instituições responsáveis pelo tratamento de diferentes formas de sífilis ainda, em 1946, também não acreditavam na supremacia da penicilina sobre a malarioterapia em termos terapêuticos, sendo a última utilizada em muitas clínicas e hospitais até os anos de 1950. De

---

<sup>333</sup> BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy. *op. cit.* p. 380; SARTIN, J. S.; PERRY, H. O. From mercury to malaria to penicillin. *op. cit.* p. 260; BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations. *op. cit.* p. 588; TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* p. 250; MAHONEY, J.; ARNOLD, R. C.; HARRIS. Penicillin treatment of early syphilis. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, v. 33, n. 12, 1943, pp. 1387-1391.

<sup>334</sup> KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *op. cit.* pp. 479-481.

acordo com uma publicação de Paul O’Leary, médico chefe do Departamento de Dermatologia e Sifilografia da *Mayo Clinic*, realizada no ano de 1955, a malarioterapia era ainda muito utilizada nesta instituição, mais uma vez, especialmente nos casos de neurosífilis resistentes ao antibiótico<sup>335</sup>.

Outra evidência de que este processo de substituição foi paulatino é a fornecida por Angelika Lorbach, em seu artigo de 1971. Segundo ela, na clínica psiquiátrica e neurológica da Universidade Livre de Berlim, entre 1953 e 1960, a combinação entre a malarioterapia e a penicilina era frequentemente utilizada como terapêutica para a sífilis nervosa, que somente a partir de 1960 passou a ser tratada quase que exclusivamente com a penicilina. No entanto, em Viena, no início dos anos 1970, a malarioterapia ainda era o método preferido, sendo ainda mais utilizado do que o antibiótico<sup>336</sup>.

Porém, apesar de caracterizada como um tratamento barato e, muitas vezes eficaz, a malarioterapia tinha suas desvantagens: era dispendiosa, em termos físicos, para os médicos, para as enfermeiras e, especialmente, para os pacientes. Seus efeitos colaterais eram intensos e sempre havia a possibilidade de levar o doente a óbito. Além disso, era muito trabalhoso manter a disponibilidade de amostras de sangue infectado pelo plasmódio. Assim, percebemos o quão complexa era a administração deste tratamento, que requeria paciência por parte de todos aqueles envolvidos no processo.

Mesmo assim, durante algum tempo, a técnica fora considerada por muitos como a terapêutica mais bem sucedida na empreitada de debelar uma doença tão estigmatizante, dura e fatal quanto a paralisia geral progressiva. Por isso, é importante para a história da ciência que destaquemos o forte impacto que a malarioterapia exerceu no campo da psiquiatria e da medicina de forma mais geral, visto que, até os dias de hoje, há pesquisadores que desenvolvem estudos na tentativa de elucidar do ponto de vista molecular e bioquímico quais são os reais efeitos da malária no sistema imunológico dos seres humanos e, ainda, que eventuais benefícios ela pode provocar no tratamento de outras doenças.

No próximo e último capítulo deste trabalho, analisaremos a experiência da malarioterapia a partir de fontes que dizem respeito, principalmente, a duas instituições cariocas: o Hospital Nacional de Alienados e o Serviço de Neurosífilis da Fundação Gaffrée e Guinle. Pretendemos elucidar as apropriações realizadas pelos médicos atuantes no Rio de Janeiro, demonstrando que esses encontravam-se a par e inseridos nas discussões protocolares

---

<sup>335</sup> SARTIN, J. S.; PERRY, H. O. From mercury to malaria to penicillin. *op. cit.* pp. 259-260.

<sup>336</sup> LORBACH, A. *Die Therapie der Neurolyues von 1953 bis 1967 an der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin*, Berlin, Tese (Tese de Doutorado em Medicina), Departamento de Medicina, Berlim, 1971 *Apud* WULF, S.; SCHMIEDEBACH, H. P. Wahnsinn und Malaria. *op. cit.* p. 120.

e técnicas acerca da nova terapêutica. Além disso, intencionamos evidenciar as *potenciais* contribuições que a terapia palúdica forneceu para a consolidação do campo da psiquiatria na cidade do Rio de Janeiro. Por fim, destacaremos aproximações e distanciamentos entre o caso carioca e àqueles mencionados neste segundo capítulo.

## Capítulo 3

### A experiência da malarioterapia no Distrito Federal

A descoberta da malarioterapia foi uma das mais fecundas da medicina, não só no terreno da terapêutica, como também no domínio da biologia, focalizando problemas novos, derrocando noções tradicionais e abatendo doutrinas clássicas<sup>337</sup>.

A passagem acima foi escrita, em 1934, por Waldemiro Pires Ferreira, neuropsiquiatra atuante no Serviço de Neurosífilis do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle, assistente da clínica psiquiátrica do Hospício Nacional de Alienados e assíduo frequentador das reuniões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Em seu texto, o médico deixa claro que estava a par do impacto causado pelo desenvolvimento da malarioterapia, referenciando-a como uma das maiores descobertas do campo da medicina em geral, não somente por caracterizar-se como uma terapêutica promissora, em sua opinião, mas também como elemento capaz de reformular certas noções consideradas paradigmáticas e inerentes a este campo do conhecimento. De fato, vimos no segundo capítulo deste trabalho que a técnica de origem vienense influenciou substancialmente a visão dos psiquiatras sobre o prognóstico da paralisia geral progressiva e caracterizou-se como mais uma contribuição para o alicerçamento do campo da psiquiatria em diferentes lugares do mundo.

No caso do Rio de Janeiro, acreditamos que a malarioterapia também tenha exercido influência neste sentido, desencadeando discussões que, em última instância, contribuíam para que os médicos que se ocupavam da saúde mental consolidassem seu espaço e reconhecida a legitimidade de suas funções perante a sociedade. A técnica vienense se tornou um dos principais objetos de estudo não somente de neuropsiquiatras, mas também de alguns sifilógrafos durante as décadas de 1920, 30, 40 e 50. Assim, esses doutores não estavam apenas inteirados das transformações provocadas no campo da medicina através da disseminação da terapia palúdica. Como mencionado anteriormente, esses profissionais participaram *ativamente* do longo e amplo processo de consolidação, difusão e aprimoramento da mesma.

Isso posto, o último capítulo desta dissertação se ocupará de narrar e analisar alguns aspectos inerentes à aplicação da malarioterapia, especialmente aqueles levantados por médicos que frequentavam as reuniões da SBNPML e/ou atuavam nas instituições ligadas à

---

<sup>337</sup> PIRES, W. Técnica da Malarioterapia. *op. cit.* p. 11.

Assistência Médico-Legal a Alienados no Distrito Federal e/ou à Fundação Gaffrée e Guinle. Assim, serão mencionados: o Hospital Nacional de Alienados, o Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle e algumas das colônias pertencentes à AMLADF. Desta forma, pretendemos clarificar as contribuições, desdobramentos e discussões acerca da malarioterapia, elementos esses típicos dos processos de produção e apropriação do conhecimento. Ademais, falaremos brevemente sobre a história e origem destas instituições, antes de caracterizar, também de forma básica, a visão dos psiquiatras e sifilógrafos sobre a paralisia geral progressiva, seus sintomas, a forma de diagnosticá-la e a importância dos testes laboratoriais para tal objetivo. Por fim, discutiremos rapidamente a transição entre a utilização da malarioterapia e a administração da penicilina no tratamento da demência paralítica, procurando demonstrar que esse se caracterizou como um processo paulatino.

### **3.1 – Os palcos da terapêutica**

O primeiro hospício brasileiro foi criado através de um decreto imperial em 1841, e inaugurado quase dez anos depois, no final de 1852. Chamado Hospício de Pedro II, o principal objetivo desta instituição era recolher os “loucos” que transitavam pelas ruas da corte e que, sob o olhar dos alienistas, passavam a representar uma ameaça a si mesmos e à ordem vigente. Proclamada a República, o HP II foi rebatizado com o nome de Hospício Nacional de Alienados e imediatamente desanexado da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Segundo Magali Engel, esta medida, há muito reivindicada pelos médicos – entre os quais destacou-se João Carlos Teixeira Brandão, um dos fundadores da psiquiatria brasileira – era colocada por esses como condição indispensável para a medicalização da instituição asilar<sup>338</sup>.

A proclamação da República trouxe consigo outras mudanças além daquelas ocorridas no hospício. Através do Decreto 206-A de 15/02/1890 foi criada a Assistência Médico-Legal a Alienados e anexados a ela o HNA e as duas Colônias da Ilha do Governador, cujo diretor era Domingos Lopes da Silva Araújo: Conde de Mesquita (somente para homens) e São Bento. Constituindo-se como principal unidade da recém-criada Assistência Médico-Legal a Alienados, o Hospício Nacional teve não somente seu nome e estruturação alterados, modificou-se também o papel que desempenhava na sociedade. De acordo com Engel, o número de internações nesta instituição aumentou expressivamente nos primeiros anos da

---

<sup>338</sup> ENGEL, M. A Nova Cara do Velho Hospício. In *Os Delírios da Razão – médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, pp. 253-328, pp. 253-260.



República. Enquanto que no período anterior, entre 1852 e 1889, foram recolhidos 6.040 indivíduos, em apenas quatro anos, entre 1890 e 1894, foram internados mais 3.020 pacientes, ou seja, o número de interdições anuais aumentou mais de 360%! Assim, nas palavras da autora, o processo de “transformação da loucura em doença mental” tornou-a cada vez mais invisível aos olhares *leigos*, ao mesmo tempo em que ampliou significativamente os perfis dos indivíduos considerados “anormais”. Assim, publicada em 1882, a narrativa construída por Machado de Assis, em “O Alienista”, por meio de uma sofisticada percepção crítica do processo de construção da psiquiatria brasileira, ajustava-se plenamente à realidade do hospício nos primeiros anos republicanos, caracterizada por essa ampliação desmedida das internações<sup>339</sup>.

Em 1893, a Assistência passou por uma reorganização, sendo criado, através do Decreto 1.559 de 07/10/1893, o Pavilhão de Observações localizado nos terrenos do Hospício Nacional. Essa nova divisão estava ligada à Cadeira de Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas da Faculdade Nacional de Medicina e, portanto, seu primeiro diretor foi Teixeira Brandão, chefe desta cadeira e igualmente diretor geral da Assistência, no momento. Dez anos depois, em 1903, com a aprovação da lei federal de assistência a alienados, Juliano Moreira assumiu como diretor da AMLA, e, conseqüentemente, do HNA<sup>340</sup>. Em seu longo período como diretor, até 1930, Moreira fomentou a ampliação do patrimônio da Assistência. Novas divisões e pavilhões foram criados, e realizou-se a reforma e a expansão de muitas das edificações já antigas. Em 1911, foi criada a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, que aceitava pacientes apenas do sexo feminino. Tanto essa quanto as Colônias da Ilha do Governador tiveram como diretor, à época, o Dr. Braule Pinto. Neste mesmo ano também foi adquirido um terreno em Jacarepaguá, para onde seriam futuramente transferidas as Colônias da Ilha do Governador. Em 1921, foi inaugurada mais uma nova divisão anexa à Assistência, o Manicômio Judiciário, sob a direção do Dr. Heitor Carrilho. O MJ era destinado aos alienados que haviam cometido algum crime e, a princípio tendo sido julgados e condenados,

---

<sup>339</sup> ENGEL, M. A Casa de Loucos da Praia da Saudade. In *Os Delírios da Razão – médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, pp. 183-252, pp. 183-201; CUNHA, M. C. P. República, loucura e controle social. In *Cidadelas da Ordem – a doença mental na República*. São Paulo: Brasiliense, 1990, pp. 15-41; FACCHINETTI, C.; MUÑOZ, P. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2013, pp. 239-262.

<sup>340</sup> Segundo Vera Portocarrero, “Essa lei, decretada no governo Rodrigues Alves, de marcada atuação das questões da saúde pública, representa mais uma conquista do processo de ‘psiquiatrização’ dos alienados, cujo principal representante é Juliano Moreira [...]”. PORTOCARRERO, V. O século XX e a nova configuração da prática psiquiátrica no Brasil. In *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, pp. 93-140, p. 98.

não poderiam ficar em prisões comuns, sendo encaminhados para esse, que funcionava como um verdadeiro “presídio para loucos”<sup>341</sup>.

No relatório da AMLA, referente a este mesmo ano, e publicado em 1922, as reclamações e demandas expostas por Juliano Moreira pareciam não diferenciar muito dos problemas já colocados nos documentos anteriores, igualmente redigidos pelo então diretor da Assistência. A falta de organização do espaço asilar, que contava com pouquíssimos profissionais – mal pagos e sem a qualificação necessária para lidar com os internos – somada à ineficácia, em geral, dos meios terapêuticos utilizados – incapazes de debelar as enfermidades mentais – dificultavam o funcionamento do Hospício Nacional, e da AMLA de um modo geral. No mesmo documento, Moreira demonstra imensa preocupação com o crescente número de pacientes internados no Hospício e, na tentativa de diminuí-lo, o médico fornece em seu texto uma série de sugestões para a condução das campanhas de profilaxia das doenças mentais, destacando a importante contribuição dos exames laboratoriais, como punções venosas e lombares, para tal intuito. Assim, Juliano Moreira requeria verbas para a construção de um pavilhão para o laboratório anatomopatológico, solicitava o aumento dos soldos dos funcionários que atuavam nas instituições subordinadas à Assistência, a ampliação e execução de obras de melhoria das instalações de seus diferentes setores, entre outras demandas. O psiquiatra também comunicava, neste mesmo relatório de atividades, o início da obra de transformação da usina elétrica do Hospício Nacional de Alienados em um ambulatório de afecções sifilíticas, que teria como ênfase as formas nervosas da doença:

No correr do ano entrante contamos ver a eficácia de mais este melhoramento [o ambulatório] *que tem especialmente por fim* a profilaxia das determinações mais graves da infecção luésica. Da atividade de preventórios de tal natureza há de resultar dentro em poucos anos a crescente redução da cifra de dementes paralíticos e de outros casos de deterioração crônica do sistema nervoso de origem sifilítica<sup>342</sup>.

Assim, no ano seguinte o dermatossifilógrafo, Dr. Gilberto Moura Costa, assumiria a direção deste serviço recém-inaugurado e chamado de Ambulatório (ou Dispensário) Afrânio Peixoto. Também no relatório do ano de 1921, Juliano Moreira comunica a construção de

---

<sup>341</sup> LOPES, I. C. Notícia Histórica da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal, *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, v. 22, n. 2, 1939, pp. 79-118, pp. 94-100; BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Cronologia em História da Psiquiatria e Saúde Mental no Brasil (1830-1999). In *Guia de Fontes e Catálogo de Acervos e Instituições para Pesquisas em Saúde Mental e Assistência Psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <[www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=3713](http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3713)>. Acesso em 23 mar. 2015.

<sup>342</sup> BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. *Relatório da Assistência Médico-Legal a Alienados*. Rio de Janeiro, DF, 1921/1922, p. 64. Grifos meus.

outro ambulatório, agora na Colônia do Engenho de Dentro. Essa já contava com o Ambulatório Rivadavia Correia, no entanto, nele eram realizados atendimentos de diversos tipos, e o diretor da Assistência identificava a necessidade de um espaço destinado exclusivamente ao atendimento de casos de doenças venéreas. Assim, foi construída a nova dependência com verbas doadas pela Fundação Gaffrée e Guinle, em parceria com a Inspeção de Profilaxia da Lepre e das Doenças Venéreas. Um dos frutos da era de ouro da sifilografia e da luta antivenérea no Brasil, segundo Sérgio Carrara, a Inspeção de Profilaxia da Lepre e das Doenças Venéreas foi criada neste mesmo ano, através do Regulamento Sanitário “que reorganizava radicalmente a saúde pública brasileira.”<sup>343</sup> O Regulamento, aprovado através do Decreto 14.189 de 26/03/1920, transformou a Diretoria Geral de Saúde Pública em Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo a Inspeção subordinada a esse. Em 1923, foi empreendida, sob a supervisão de seu novo diretor, o Dr. João Rodrigues Caldas, a transferência das Colônias da Ilha do Governador para Jacarepaguá, e adquirido pela Assistência um novo terreno no bairro do Engenho Novo, que abrigaria algumas de suas novas e futuramente construídas edificações.

Dessa forma, no ano de 1924, o complexo manicomial gerido pela Assistência Médico-Legal a Alienados do Distrito Federal era constituído pelo Hospital Nacional de Alienados, pelo o Manicômio Judiciário, pela Colônia de Alienados de Jacarepaguá e pela Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. O HNA contava com o prédio do próprio hospital, com a Clínica Psiquiátrica – espaço destinado ao ensino dos alunos da Faculdade Nacional de Medicina –, com o Dispensário Afrânio Peixoto – onde eram tratados os pacientes acometidos pelas doenças neurológicas –, com o Pavilhão da Fundação Gaffrée e Guinle – ambulatório no qual eram oferecidas consultas que “desafogavam” as filas do hospital propriamente dito – e com a Clínica Neurológica, que estava em vias de instalação e onde também ocorreria o ensino da neurologia aos alunos da FNM<sup>344</sup>. No momento em questão, a Clínica Psiquiátrica era dirigida pelo Professor Henrique Brito de Belford Roxo, figura central no presente trabalho e catedrático que substituiu Teixeira Brandão, após sua morte em 1921, na cadeira de Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas da FNM. Para ela, eram enviados pela *Polícia* do Distrito Federal, os doentes “suspeitos” de alienação mental.

A Colônia de Alienados do Engenho de Dentro era um complexo amplo que compreendia o Dispensário Rivadavia Corrêa, o Dispensário Gaffrée-Guinle número 2, a

---

<sup>343</sup> CARRARA, S. A sífilis e os sifilógrafos no Brasil. *In Tributo à Vênus – a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, p. 92.

<sup>344</sup> BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. *Relatório da Assistência Médico-Legal a Alienados*. Rio de Janeiro, DF, 1924, pp. 67-75.

assistência hetero-familiar para alienados e a sessão feminina da Escola de Enfermeiros da AMLA<sup>345</sup>. A Colônia de Psicopatas-Homens de Jacarepaguá se estabeleceu no terreno de um antigo engenho de cana-de-açúcar desapropriado pelo governo desde 1912. Passando a funcionar em 1924, a colônia também contava com um programa de assistência hetero-familiar, que consistia numa tentativa de reinserção social dos alienados. No espaço da instituição foram construídas moradias que serviriam aos seus funcionários, que se comprometeriam em receber nelas alguns internos, acolhendo-os no dia a dia em um convívio doméstico. Em 1935, a Colônia de Psicopatas-Homens de Jacarepaguá foi rebatizada de Colônia Juliano Moreira<sup>346</sup>.

Em 1927, foram publicados dois Decretos que, mais uma vez, reorganizaram a Assistência Médico-Legal aos Alienados, que passou a ser chamada de Assistência a Psicopatas<sup>347</sup>. A expansão do perfil do louco – ou seja, a ampliação do número de características e comportamento que caracterizariam uma patologia mental – e o contínuo aumento no contingente de indivíduos internados no hospício durante as primeiras décadas do regime republicano condenavam a instituição a um quadro quase permanente de superlotação que, por sua vez, transpôs a virada do século, dificultando que os psiquiatras da época atingissem um de seus objetivos, refletido com clareza no Artigo Primeiro do Decreto nº 17.805 de 23/05/1927, citado acima:

Art. 1º A assistência pública a psicopatas na Capital Federal, dependente, direta e exclusivamente, do ministro da Justiça e Negócios Interiores, tem por fim:

1º Socorrer as pessoas que apresentarem perturbações mentais; 2º Estudar os problemas relativos à higiene mental e à psico-fisiologia normal ou mórbida, aplicadas às diversas atividades sociais, no intuito de fixar os meios mais eficazes de organizar a profilaxia das perturbações nervosas e mentais<sup>348</sup>.

---

<sup>345</sup> *Ibidem*.

<sup>346</sup> VENÂNCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil da primeira metade do século XX. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2011, pp. 35-52.

<sup>347</sup> BRASIL. Decreto-lei nº 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927. Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, DF, 19 jan. 1927. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5148-a-10-janeiro-1927-563139-publicacaooriginal-87269-pl.html>>. Acesso em: 23 mar. 2015; BRASIL. Decreto-lei nº 17.805, de 23 de maio de 1927. Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, DF, 1 jun. 1927. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

<sup>348</sup> *Ibidem*.

No entanto, mesmo diante deste quadro repleto de obstáculos, os médicos atuantes nas diversas divisões da Assistência desenvolviam estudos relacionados às doenças mentais, publicando, inclusive, um grande volume de textos científicos acerca de suas observações e descobertas, fazendo da instituição um espaço de ciência. Entre os “múltiplos braços” da APDF, podemos considerar o HNA como uma das principais unidades na qual se desenrolavam muitas das discussões relacionadas ao campo da psiquiatria, uma vez que, segundo Ede Conceição Bispo Cerqueira, grande parte das reuniões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina-Legal ocorreu nos salões do Hospício. Entre as discussões mais acaloradas, estava aquela sobre o papel da psiquiatria no processo de construção de um país enquanto nação, e que certamente envolvia questões relacionadas aos conceitos de degeneração, raça e miscigenação<sup>349</sup>.

Em 1930, a Assistência a Psicopatas deixou de ser subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, passando a ser gerida pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, criado neste mesmo ano. Como novo diretor da APDF foi nomeado o neuropsiquiatra Waldemiro Pires Ferreira, sucessor de Juliano Moreira, que permaneceu no cargo até setembro de 1932. Pires formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1919, com 27 anos, e foi assistente da Clínica Psiquiátrica do HNA. Ede Cerqueira inclui sua admissão como membro efetivo da SBNPML entre aquelas ocorridas no período que vai de 1916 a 1924, porém, como Pires formou-se apenas em 1919, acreditamos que ele tenha entrado para a agremiação no intervalo entre este ano e 1924. O neuropsiquiatra se fez presente nas reuniões da Sociedade, inicialmente, discutindo casos clínicos que nada tinham a ver com a terapêutica idealizada por Jauregg. Desde o ano em que ingressou na SBNPML até 1933, Pires frequentou 92 dos 321 encontros realizados pela agremiação<sup>350</sup>.

Paraibano, nascido na cidade de Sousa no ano de 1892, Waldemiro Pires Ferreira era o nono dos onze filhos de Lindolfo Pires Ferreira e Maria Leopoldina Pires dos Santos. Depois de formado, o médico retornou a sua cidade natal, passando a clinicar, por algum tempo, nela e na cidade de Cajazeiras, também na Paraíba. No início da década de 1920, com o intuito de retomar sua vida médica e acadêmica, Pires retornou ao Rio de Janeiro e abriu seu próprio

---

<sup>349</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* pp. 213-218; FACCHINETTI, C.; CUPELLO, P.; EVANGELISTA, D. F. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins. *op. cit.*; FACCHINETTI, C.; MUÑOZ, P. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro. *op. cit.* pp. 239-262; VENÂNCIO, A. T. Ciência psiquiátrica e política assistencial. *op. cit.*; ENGEL, M. Estratégias e Artifícios. *op. cit.* pp. 138-161.

<sup>350</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* pp. 196-207; LOPES, I. C. Notícia Histórica da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. *op. cit.* pp. 100-103; FRANCA FILHO, J. M. Elogio ao Patrono: Dr. Waldemiro Pires Ferreira. *Anais da Academia Paraibana de Medicina*, Paraíba, v. 3, n. 3, 2007, pp. 110-112.

consultório, na Rua Debret, nº 79, no centro da cidade. Em sete de junho de 1930, o médico foi admitido na Academia Nacional de Medicina como titular da cadeira nº 49. Em meio às rotinas acadêmica e médica, o neuropsiquiatra também ocupou cargos administrativos, assumindo a direção do Hospital Juliano Moreira; do Hospital Neuropsiquiátrico Infantil do Engenho de Dentro; do Departamento de Doenças Mentais do Ministério da Educação e Saúde e a chefia do Serviço de Sífilis Nervosa e Neurobiologia da Fundação Gaffré e Guinle<sup>351</sup>. Infelizmente não sabemos o período durante o qual Pires ocupou estes cargos, já que, apesar de sua considerável projeção política e acadêmica, a história de vida do médico de ainda não foi contemplada pela literatura sobre o tema. Em 1924 e 1926 tornou-se 2º e 1º Secretário da SBNPML, respectivamente, e durante três anos (1927-1929) foi membro de sua Comissão de Assistência Profilática e Curativa das Neuropsicopatias e Neuropsicoses. Pires ainda esteve à frente da organização do 3º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, que ocorreu em julho de 1929, e em 1934, retornou como diretor da Assistência<sup>352</sup>.

Em 1937, Waldemiro Pires inaugurou um novo núcleo na Colônia de Jacarepaguá, batizado de Franco da Rocha. Em seu artigo publicado em 1939 sobre a cronologia da Assistência a Psicopatas, Inácio da Cunha Lopes defende a ideia de que a inauguração deste pavilhão teria ocorrido graças aos esforços de seu então diretor para arrecadar a verba destinada a este fim. Os problemas com a superlotação das diferentes divisões geridas pela APDF ainda eram uma realidade, assim como a insuficiência de recursos para solucionar tal questão. Desta forma, como o montante pertencente à instituição não reunia a quantia suficiente para a construção do novo pavilhão, Waldemiro Pires levou a demanda a seus superiores, conseguindo o valor de 866:000\$000 através de suas articulações com o poder público. Somado a esta cifra estava um crédito de 1.200:000\$000 concedido pelo Banco do Brasil, e mais 100:000\$000 doados pelo Embaixador japonês, como contribuição proveniente da chamada “Missão Econômica Japonesa”<sup>353</sup>.

Em 22 de agosto de 1937, Getúlio Vargas e Gustavo Capanema inauguravam as novas dependências do Hospital-colônia localizado em Jacarepaguá. O núcleo Franco da Rocha era

---

<sup>351</sup> *Ibidem*.

<sup>352</sup> FRANCA FILHO, J. M. Elogio ao Patrono. *op. cit.* pp. 110-112; CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* pp. 118-119 e pp. 196-212.

<sup>353</sup> A Missão Econômica Japonesa chegou ao Brasil no intuito de incentivar e estreitar relações comerciais entre estes dois países, impulsionadas a partir da exportação de um grande volume de algodão cru brasileiro para territórios nipônicos. A Missão chefiada pelo empresário Hachisaburo Hirao doou 65 espécies nativas do Japão para a construção do Jardim Japonês do Jardim Botânico, criado em 1935. QUINTANEIRO, T. Plantando nos campos do inimigo: japoneses no Brasil na Segunda Guerra Mundial. *Estudos Ibero-Americanos*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, 2006, pp. 155-169.

destinado a doentes homens e, a princípio, foram transferidos 600 pacientes deste sexo do Hospital Nacional para ele. Waldemiro Pires permaneceu em seu segundo cargo como diretor até 16 de agosto de 1938, quando assumiu seu colega de profissão Aduato Botelho. O neuropsiquiatra não se casou e não teve filhos. Após sua morte, em 31 de agosto de 1977, Pires deixou um acervo de 529 livros que, a seu gosto, deveria ter sido doado à biblioteca da Universidade Federal da Paraíba. No entanto, esta instituição reconhece nenhuma doação feita em nome do médico ou de sua família<sup>354</sup>.

Em 1939, encontravam-se em curso as obras de construção de pavilhões femininos em outras dependências da Assistência e, também se caracterizava como projeto já orçado da entidade a criação de um hospital psiquiátrico infantil no Engenho de Dentro, cuja obra ficaria em torno de 1.360:000\$000. Além dessas, outras reformas e construções foram requisitadas ou conduzidas por Aduato Botelho, que também se esforçava para obter a verba necessária à continuidade destes projetos. Os mesmos visavam principal e novamente desafogar os leitos do Hospital Nacional, que havia acabado de perder seu Instituto de Psicopatologia, transferido para a Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) com o nome de Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB)<sup>355</sup>.

De natureza diferente daquela à qual pertencia a Assistência a Psicopatas e suas divisões, o Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle fora parte realizada de uma empreitada filantrópica, minuciosamente analisada pela historiadora Gisele Sanglard. O projeto de criação de um hospital destinado ao tratamento da sífilis e de outras doenças venéreas surgiu nos anos 1920, em um contexto marcado pela difusão do movimento sanitarista, institucionalizado com a criação da Liga Pró Saneamento do Brasil, em 1918. Esse movimento reivindicava uma atuação mais efetiva do Estado brasileiro no combate às doenças que afetavam a população do país – entre as quais a sífilis – e que representavam uma ameaça à construção da nova imagem do Brasil como um país moderno, desenvolvido e sadio. Segundo Sanglard, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas caracterizou: “[...] o início de um processo de centralização da política de saúde e de ações mais dirigidas ao tratamento e

---

<sup>354</sup> FRANCA FILHO, J. M. Elogio ao Patrono. *op. cit.* pp. 110-112; LOPES, I. C. Notícia Histórica da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. *op. cit.* pp. 100-103.

<sup>355</sup> LOPES, I. C. Notícia Histórica da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. *op. cit.* pp. 100-103; VENÂNCIO, A. T. Ciência psiquiátrica e política assistencial. *op. cit.* pp. 892-897.

profilaxia da sífilis; ou, dito de outro modo, assinalou o início de uma nova postura política com relação à doença.”<sup>356</sup>.

A partir de uma parceria entre o DNSP, cujo chefe era Carlos Chagas, e o empresário Guilherme Guinle criou-se então, em 20 de agosto de 1923, a Fundação Gaffrée e Guinle. Seu projeto atingiu grande repercussão, sendo bem recebido por médicos, políticos e pela população em geral. De acordo com a autora, dois pilares ergueram a FGG, orientando seus intentos: a ação filantrópica e a pesquisa científica. A Fundação, cujo processo de criação começou em 1920 e consolidou-se em 1923, comprometeu-se com a compra de terrenos e a construção de um hospital, bem como de diversos ambulatórios localizados em diferentes áreas da capital, que seriam equipados e mantidos em funcionamento com verbas provenientes do governo federal, além de um instituto de pesquisa<sup>357</sup>.

A criação de tais instituições visava melhorar o precaríssimo quadro de assistência hospitalar existente, assim, o hospital funcionaria como um centro de tratamento para sífilis e outras doenças venéreas e os ambulatórios, por sua vez, equipados com laboratórios de análises clínicas, se ocupariam da profilaxia e do diagnóstico das enfermidades em questão. Gisele Sanglard destaca dois fatores que possivelmente influenciaram Guilherme Guinle a decidir pela construção de uma instituição destinada ao tratamento desta afecção: “o grande entusiasmo científico” que circundava a sífilis nesta época, e sua aura de destruidora eminente das gerações futuras, fomentada por seu caráter congênito. Além disso, uma das principais demandas médicas dos anos de 1920 era o aumento do número de leitos para o atendimento da população. Sua insuficiência na própria Capital Federal constituía-se como avultada característica dos primeiros anos do período republicano brasileiro, também pressionando para que um dos objetivos centrais da fundação consistisse na construção de um hospital<sup>358</sup>.

Financiado pelas verbas do Governo Federal repassadas à Fundação Gaffrée e Guinle pelo DNSP, as portas do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle foram oficialmente abertas em 1º de novembro de 1929, com algumas de suas enfermarias ainda incompletas devido à insuficiência de recursos provenientes da União. Gilberto de Moura Costa foi o primeiro a ocupar o cargo de diretor do hospital, em 1924. Segundo a autora, o fato de já haver uma diretoria antes da inauguração da instituição se deveu ao fato de que diversos ambulatórios subordinados a ela já se encontravam em funcionamento alguns anos antes. Seu principal

---

<sup>356</sup> SANGLARD, G. A Fundação Gaffrée e Guinle: trajetórias e projetos. *In Entre os Salões e o Laboratório – Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, pp. 157-186, pp. 165.

<sup>357</sup> *Ibidem*. pp. 165-166

<sup>358</sup> *Ibidem*. p. 171.



prédio de quatro andares foi projetado para internar 320 pessoas e, inicialmente, contava com os Serviços de Pronto-Socorro, de Otorrinolaringologia, de Oftalmologia, de Sífilis Visceral, de Vias Urinárias, de Ginecologia, de Obstetrícia e de Mulheres Contagiantes, além das superintendências dos Serviços Administrativos, Sanitários, de Enfermagem, de Estatística e de Renda, que forneceriam atendimento gratuito apenas para pessoas pobres. O mesmo prédio ainda contava com laboratórios e salas de fisioterapia e raio X, além de um salão de honra, um anfiteatro, um museu, uma biblioteca e uma rouparia. O imenso terreno do hospital também abrigava uma capela, a residência do diretor, o laboratório do médico Álvaro Ozório de Almeida, o dormitório dos empregados, as oficinas de conservação, a lavanderia, o biotério e o instituto de pesquisa<sup>359</sup>.

O instituto de pesquisa da FGG foi inaugurado em 1927 e possuía uma biblioteca independente, salas de anatomia patológica, além dos laboratórios individuais nos quais trabalhavam os pesquisadores. A preocupação em anexar um instituto de pesquisas ao hospital e instalar laboratórios caracteriza-se como mais uma evidência da crescente interseção entre os campos da medicina clínica e da medicina experimental, que vinha a tona desde meados do século XIX, e da importância e posterior imprescindibilidade que estes espaços passaram a ter no diagnóstico de diferentes doenças e, especialmente, da sífilis. Ademais, este instituto era uma divisão de grande importância da fundação, pois os estudos desenvolvidos em seus laboratórios constituiriam mais um elemento de destaque para essa. Também vale ressaltar, neste sentido, o papel dos Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle, periódico editado pela própria instituição, cujo primeiro número é do ano de 1928, e no qual era publicada grande parte dos estudos produzidos pelos cientistas que trabalhavam em suas dependências. De acordo com Gisele Sanglard, as campanhas de profilaxia da sífilis produziram resultados satisfatórios e a doença foi, em certa medida, controlada. O hospital funcionou sem grandes mudanças até 1960, quando a morte de Guilherme Guinle interrompeu a relação entre a instituição e a família do filantropo, sendo aquele entregue ao governo federal a partir de um acordo entre o último e a Fundação Gaffrée e Guinle. Atualmente, com o nome de Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, a instituição está ligada à Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade do Rio de Janeiro (UniRio)<sup>360</sup>.

Podemos dizer que nas primeiras décadas do século XX, os pacientes portadores da paralisia geral progressiva já se inseriam duplamente no campo da medicina: como doentes

---

<sup>359</sup> *Ibidem.* pp. 175-182. De acordo com a autora, o laboratório de Ozório de Almeida funcionava independentemente e era custeado só, e somente só, através de verbas particulares fornecidas por Guilherme Guinle. Nele eram desenvolvidas pesquisas sobre fisiologia, câncer e lepra.

<sup>360</sup> *Ibidem.* pp. 175-184.

mentais e como sífilíticos, sendo atendidos, ao menos no Rio de Janeiro, em instituições com perfis um tanto diferentes. Porém, apesar de possuírem origens e características distintas, o Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle e as instituições ligadas à Assistência a Psicopatas também guardavam elementos comuns, além da *assistência* aos parálíticos. Estes espaços possibilitavam a discussão, o desenvolvimento e a circulação de pesquisas que contribuiram para o tratamento e controle da própria doença, que se constituía como um dos principais objetos dos estudos em questão, conforme veremos a seguir. Afirmamos que os conhecimentos desenvolvidos acerca da demência paralítica constituíram-se como elementos importantes na empreitada de combate à sífilis na primeira metade do século XX, fomentando intensas trocas e parcerias entre os campos da psiquiatria e da dermatossifilografia neste mesmo período, interceptadas e diríamos até estreitadas, de certo modo, pela malarioterapia.

### **3.2 – Um objeto científico: a paralisia geral progressiva pelos médicos da Capital Federal**

A partir da segunda metade do século XIX, especialmente após a derrota na Guerra do Paraguai, a elite intelectual brasileira começou a se preocupar com a modernização e o progresso do país. Assim, eram elaboradas propostas (grande parte no setor da saúde pública) para contornar os obstáculos que atrapalhavam o cumprimento destes objetivos. As expedições científicas empreendidas fundamentalmente pelo Instituto Oswaldo Cruz a partir do início do século XX revelavam um Brasil desconhecido, atrasado e povoado por indivíduos doentes e analfabetos, incapazes de trabalhar. A ideia de que esta situação comprometia o desenvolvimento do país era quase que um consenso para esta elite, especialmente entre os médicos sanitaristas. Desta forma, foram dados os primeiros passos em direção ao caminho que *intelligentsia* brasileira acreditava findar-se no largo das nações civilizadas. Assim como a febre amarela, a malária e a doença de Chagas, a sífilis também preocupava muitos membros da comunidade médica brasileira. Desde muito extremamente estigmatizante e símbolo de comportamentos sexuais excessivos, desordenados e imorais, a enfermidade fora encarada, nas palavras de Sérgio Carrara, como a “doença do outro”. Nenhum povo ou nação queria ser visto como o berço desta afecção, o que reflete seu íntimo papel na “definição simbólica de fronteiras étnicas e nacionais”, segundo o autor<sup>361</sup>.

---

<sup>361</sup> PACHECO E SILVA, A. C. Neurosífilis. *op. cit.* pp. 23-38; 7ª SESSÃO da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada a 26 de julho de 1926, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neurolatria e Psiquiatria*, Rio de

No Brasil, acreditava-se que a sífilis fora trazida pelos portugueses, sendo assim, portanto, uma doença do colonizador. De acordo com Sérgio Carrara, até meados do século XX, com a ampla disseminação desta moléstia, dizia-se que “todo brasileiro tinha um pouquinho de sífilis”<sup>362</sup>. Muitos daqueles que escreveram sobre o país durante o período da colônia e do império – intelectuais brasileiros e estrangeiros – atribuíam sua expressiva taxa de dispersão ao comportamento indulgente e libidinoso do povo brasileiro, que seria moral e racialmente degenerado, incapaz de fazer parte do chamado “mundo civilizado”. Na opinião de muitos, as explicações para esta suposta inferioridade racial e moral dos habitantes de nosso país residiam na interação entre fatores climáticos e características físicas única e tipicamente tropicais. Inúmeros médicos defendiam a ideia de que o calor proporcionava a puberdade precoce, a decadência física e a perda dos princípios éticos e dos considerados “bons costumes”, o que levava a uma depravação sexual. Índios, negros e latinos (ainda que em menor grau), como os portugueses, eram vistos como detentores de uma sexualidade manifesta, e o que maculava mais o caso do povo brasileiro era sua origem na mistura de todas estas raças. Os indivíduos miscigenados eram tidos, por alguns médicos e/ou eugenistas, como mais fracos e biologicamente ainda mais inferiores do que aqueles “puros”, representantes de cada uma destas linhagens<sup>363</sup>.

O psiquiatra e diretor do Hospício do Juquery Antônio Carlos Pacheco e Silva, em seu livro dedicado ao estudo da sífilis nervosa, defendia que a doença deveria ser tratada como um problema médico-social, uma vez que o psiquiatra estava entre os que acreditavam que o clima, o meio, a civilização e a formação racial influenciavam diversos aspectos inerentes a esta enfermidade: “Entre os graves problemas médico-sociais, um merece especial atenção, porque a observação demonstra a influência que, nos seus múltiplos aspectos, exercem o clima, o meio, a civilização e a formação racial. É o da *lues nervosa*.”<sup>364</sup>. Segundo ele, havia um consenso entre os especialistas no que dizia respeito ao aumento do número de indivíduos acometidos pela sífilis no Brasil, e as estatísticas fornecidas pelo Serviço de Neurosífilis do Hospital da Fundação Gaffré-Guinle mostravam que por este estabelecimento passaram, de setembro de 1922 até 31 de dezembro de 1932, 3.457 casos de sífilis nervosa, dos quais 358 já

---

Janeiro, v. 8, n. 1 e 2, pp. 166-169, p. 167; CARRARA, S. A difícil medicalização do mal. *In Tributo a Vênus – a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, pp. 133-164; CARRARA, S. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. *In HOCHMANN, G. & ARMUS, D. (orgs.) Cuidar, Controlar, Curar – ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 427-453, p. 431.

<sup>362</sup> CARRARA, S. Estratégias anticoloniais. *op. cit.* p. 432.

<sup>363</sup> *Ibidem*. pp. 429-436.

<sup>364</sup> PACHECO E SILVA, A. C. Neurosífilis. *op. cit.* pp. 23-38, p. 23. Grifos meus.

manifestavam sintomas da paralisia geral progressiva. Para o médico, a causa deste acréscimo no país residia na disseminação da doença nas áreas rurais, fenômeno que associava com a “civilização” do Brasil interiorano<sup>365</sup>.

Os esculápios envolvidos nos estudos e, conseqüentemente, nas tentativas de combate à sífilis classificavam-na em diferentes fases, que iam do estágio primário e mais simples até o estágio terciário, no qual se inseriam as formas nervosas da doença, como a tabes e a demência paralítica. As fontes nos permitem afirmar que a classificação das doenças mentais geralmente utilizada pelos pesquisadores membros da SBNPML – muitos, atuantes nas divisões da APDF e no Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle – teve sua construção largamente influenciada pelas concepções de Emil Kraepelin, como veremos adiante<sup>366</sup>. Contudo, uma pesquisa mais detalhada sobre o posicionamento e participação dos neuropsiquiatras brasileiros no processo de caracterização e descrição da paralisia geral progressiva nas primeiras décadas do século XIX seria de grande valia. Não pudemos explorar de forma ampla as fontes que eventualmente nos forneceriam estas informações, bem como apontariam as controvérsias surgidas durante este processo, pois fugiria muito do recorte cronológico do presente trabalho. Dessa forma, lançaremos mão de uma nosologia da PGP já consolidada em manuais da primeira metade do século XX e amplamente utilizada pelos os médicos atuantes em ambas as instituições citadas acima.

Em seu livro, publicado em 1921, Henrique de Brito Belford Roxo fala sobre as dificuldades de se estabelecer uma classificação geral, universal, para as doenças mentais:

Numa ciência nova como a psiquiatria, em que os progressos reais datam de pouco mais de meio século, é verdadeiramente extraordinário o número de classificações que têm sido feitas.

Pode-se dizer que cada autor apresenta a sua, mais ou menos complexa, mais ou menos detalhada, invocando argumentos múltiplos que a tornem a mais perfeita.

Farei exceção à regra, pois entendo que o exagero de classificações estabelece a confusão em psiquiatria e torna difícil qualquer trabalho estatístico<sup>367</sup>.

---

<sup>365</sup> *Ibidem*. pp. 107-163. A incidência da sífilis, e especialmente de suas formas nervosas, em regiões rurais era bastante inferior àquela observada no território urbano. Contudo, muitos médicos já observavam um aumento expressivo de casos da doença nesta primeira localidade, o que refletia nas estatísticas gerais.

<sup>366</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* pp. 65-67.

<sup>367</sup> ROXO, H. B. B. Classificações. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921, 1ª edição, pp. 71-89, p. 71.

Na tentativa de sanar o problema exposto por Roxo, a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal constituiu uma comissão composta pelo próprio e pelos Professores Juliano Moreira, Afrânio Peixoto, Antônio Austregesilo e Carlos Eiras. Esses seriam responsáveis por estabelecer uma classificação padrão que deveria ser utilizada no Hospital Nacional de Alienados e nas demais instituições nas quais atuavam os médicos participantes da agremiação<sup>368</sup>. Na categorização elaborada pelos doutores antes citados, a paralisia geral progressiva (ou demência paralítica) caracterizava-se como uma doença autônoma, independente, inclusive, dos demais distúrbios mentais também causados pela sífilis. Esses, por sua vez, se inseriam numa categoria mais ampla denominada “psicoses por lesões cerebrais e demências terminais”, e entre as possíveis causas destas psicoses estava designada de modo genérico a “sífilis cerebral”. O médico destaca a dificuldade de se diferenciar a paralisia geral da sífilis cerebral, e para tal empreitada nos fornece os seguintes esclarecimentos:

A sífilis cerebral pode representar um ponto de passagem para a paralisia geral.

Importa muito a diferenciação, pois esta é incurável e inquestionavelmente mais grave do que aquela.

A presença de alucinações tem grande valia, pois não existem na paralisia geral, em que poderão apenas ser um enxerto de fundo alcoólico.

Demais, haverá a favor da sífilis cerebral a amnésia lacunar, a falta de notável déficit mental, o fato de não existir positividade em todas as reações de Nonne, a existência de lesões em foco, a maior frequência da afasia, a ausência de disartria característica da meningoencefalite crônica difusa, a existência de paralisias oculares e tremor menos acentuado na escrita, bem como a falta de deformações.

[...]

Fournier também chama atenção para o fato da sífilis cerebral aparecer num prazo mais curto, depois do cancro inicial, do que a paralisia geral<sup>369</sup>.

É interessante pensar porque, mesmo depois de ter sua etiologia sífilítica estabelecida – e, portanto, também passar a fazer parte do mundo da sifilografia – a PGP continuou a carregar sua denominação original. Acreditamos que nisso tenham influenciado alguns elementos. Apesar de, desde o século XIX haver médicos que acreditavam na lues como ao menos uma causa da demência paralítica, levou-se praticamente 100 anos para que esta ideia fosse aceita de forma generalizada e para que a sífilis fosse considerada como único elemento

<sup>368</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* pp. 65-67.

<sup>369</sup> ROXO, H. B. B. Sífilis cerebral. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921, 1ª edição, pp. 391-412, pp. 408-409.

capaz de produzir a PGP. Durante todo este tempo a doença fora estudada e caracterizada no esforço de se enxerga-la como uma enfermidade independente, acumulando, desta forma, um arcabouço de concepções peculiares sobre si que foram imprescindíveis na construção de sua identidade *particular*. A imponência adquirida por estas concepções, relacionadas à paralisia geral através de um caminho tortuoso, constituíram certos paradigmas sobre a moléstia, estabelecendo uma ligação um tanto perene entre suas manifestações e esta *denominação*, além de criar também uma identidade própria para seus pacientes. Desta forma, demandaria tempo e muito esforço para a desconstrução de certas ideias, no intento de que tal nomenclatura fosse modificada. Não sabemos sobre a existência de movimentos, neste sentido, por parte dos médicos, em geral, e podemos pensar que esse definitivamente não seria um interesse dos psiquiatras. Quanto mais elementos relacionassem a PGP só, e somente só, à sua especialidade, mais se garantia a autoridade destes médicos sobre a doença e os caracterizaria como elementos imprescindíveis para seu entendimento e combate.

Dito isso, voltamos às relações entre demência parálitica e as afecções chamadas genericamente de sífilis cerebral. Apesar de haver formas de diferencia-las sintomaticamente – algumas, inclusive, expostas por Henrique Roxo na passagem citada anteriormente – as fontes nos permitem inferir que a *síndrome humoral* consistia no conjunto de sintomas que fornecia as evidências mais importantes não somente para se realizar esta distinção, mas também para se formular o diagnóstico da PGP. Assim, Roxo destaca: “Com os recursos de laboratório se poderá afirmar quando todas as reações de Nonne forem positivas, que se tratará de paralisia geral e não de sífilis cerebral.”<sup>370</sup>. As chamadas reações de Nonne caracterizavam-se como alguns dos importantes testes sorológicos realizados para a verificação da existência da síndrome humoral. A caracterização e estabelecimento deste grupo de “manifestações laboratoriais” constituiu-se como um capítulo especialmente interessante na história da paralisia geral progressiva, tangenciado, a partir de certo momento, pela malarioterapia e, por isso, de expressiva relevância para este trabalho. Trataremos deste assunto em um tópico adiante.

Henrique Roxo prossegue sua análise afirmando reconhecer, então, a “frequência extraordinariamente aumentada” da autônoma paralisia geral progressiva, caracterizando-a como: “[...] um processo de meningoencefalite crônica difusa, cuja natureza *específica* está perfeitamente demonstrada.”<sup>371</sup>. Segundo o médico, a descoberta da doença foi um grande

---

<sup>370</sup> *Ibidem*. p. 398.

<sup>371</sup> ROXO, H. B. B. Classificações. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921, 1ª edição, pp. 71-89, p. 87. Grifos meus.

contributo de Bayle para o campo da “*ciência mental*”, assim como a observação do microrganismo que, antes realizada por Schaudinn, também já havia sido feita no Brasil, pelo Dr. Mario Pinheiro, membro assíduo das reuniões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal e diretor do Laboratório Anatomopatológico do Hospital Nacional de Alienados. A classificação da SBNPML reconhecia, em 1921, quatro formas da doença: a demencial, a depressiva, a expansiva e a agitada ou galopante. Segundo muitos psiquiatras que atuavam no Rio de Janeiro, alguns sintomas eram comuns em todas as formas de PGP, como a falta de autocrítica, a diminuição da capacidade intelectual, distúrbios na memória, disartria, problemas no controle motor, dificuldade em realizar cálculos matemáticos, falta de moral, egoísmo, irritabilidade, fadiga, exagero dos reflexos rotulianos, tristeza ou euforia, diminuição da compreensão de ordens, crises epiléticas, enxaquecas, paralisias esporádicas, problemas oculares, dores esparsas, a já referida síndrome humoral característica, entre outros<sup>372</sup>.

Roxo escreve que a sintomatologia da doença era muito complexa e, muitas vezes, demorava a se apresentar. Porém, segundo ele, depois que surgiam os sintomas citados acima o período de sobrevida do paciente era de aproximadamente 30 meses, dependendo da modalidade clínica da paralisia apresentada (a forma agitada ou galopante era considerada a mais grave). Assim, o autor continua dizendo que seria muito importante que o diagnóstico fosse feito de forma rápida, e registra que, no 1º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, ocorrido em 1916, seus colegas médicos Juliano Moreira e Ulysses Viana apresentaram um trabalho no qual afirmavam que a maior parte dos paralíticos internados no Hospital Nacional de Alienados era recolhida na instituição com um quadro já avançado da doença, falecendo nos seis primeiros meses de reclusão<sup>373</sup>.

O psiquiatra sublinha que a doença era menos comum em religiosos, crianças, nas mulheres e nas pessoas que viviam no campo, de forma geral. A idade mais provável para o aparecimento da doença era entre 35 e 45 anos, e sua classificação etária consistia em: paralisia geral infantil, quando surgida antes dos 12 anos; juvenil, quando os sintomas se manifestavam entre 12 e 20 anos e precoce, quando isso ocorria entre os 20 e 30 anos; depois dos 50 anos a manifestação da doença era considerada rara. A classe profissional mais atingida era a comercial e o estado civil mais comum dos enfermos era, curiosamente, “casado”. Henrique Roxo observa que este último dado, fornecido por Juliano Moreira

---

<sup>372</sup> ROXO, H. B. B. Paralisia geral. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921, pp. 431-466; CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* p. 25

<sup>373</sup> *Ibidem.* pp. 450-460.

durante o Congresso Médico de Londres, *contradizia* os índices europeus calculados. Por fim, brancos eram mais susceptíveis à PGP do que negros<sup>374</sup>.

Em diversos casos, a paralisia geral se desenvolvia em indivíduos cuja infecção sífilítica havia se manifestado de forma muito branda, quase que assintomática, após contraírem a moléstia. Ou seja, desaparecidos os sintomas, especialmente os cancrós, a pessoa julgava-se curada e, muitas vezes, nem procurava saber pelo quê havia sido acometida. Estava aberta a brecha para que, sem o tratamento adequado, o microrganismo transmissor da afecção ocupasse o sistema nervoso central e provocasse o avanço do quadro da doença. No entanto, no momento em que escreve o autor, esta ideia da evolução da enfermidade ainda não estava *completamente* estabelecida. Além disso, apesar de muitos já aceitarem a etiologia exclusivamente sífilítica da demência paralítica, ainda havia cientistas que confiavam em outras hipóteses, Roxo cita alguns deles, mas evidencia sua ferrenha crença na máxima estabelecida por Noguchi e Moore, acrescentando que, nos casos de paralíticos que iam a óbito, nos quais o treponema não era encontrado em seu tecido cerebral, provavelmente teria havido uma falha técnica<sup>375</sup>.

Assim, apesar do consenso, com suas exceções, de que a sífilis era a causa única da paralisia geral, no ano em que é publicado o manual do psiquiatra, ainda havia dúvidas sobre a *singularidade do tipo* do agente etiológico da doença<sup>376</sup>. Em outras palavras, alguns pesquisadores acreditavam haver uma diferença entre o microrganismo transmissor da paralisia geral e da tabes, e aquele responsável por outras manifestações sífilíticas, havendo duas teorias: a dualista e a unitarista. De acordo com a teoria dualista, haveria um microrganismo dermatropo, ou seja, com afinidade pela pele e pelas mucosas, e outro neurotropo, com afinidade pelo sistema nervoso, cada “tipo” causaria problemas nas regiões pelas quais possuíam atração. Já os unitaristas acreditavam que todas as formas de sífilis, a mucosa e cutânea e a nervosa, eram transmitidas pelo mesmo agente. Os argumentos de cada lado eram bastante numerosos, e Roxo ratifica a inexistência de algo próximo a um consenso, se ausentando de dar suas opiniões<sup>377</sup>.

Como características inerentes ao processo de produção do conhecimento, as controvérsias, debates, discussões e dissensos são aspectos de grande interesse para os trabalhos desenvolvidos no campo da história da ciência, pois, em muitos casos, sua análise é capaz de evidenciar posturas e características dos grupos de atores em questão. Dito isso, a

---

<sup>374</sup> *Ibidem*.

<sup>375</sup> *Ibidem*. pp. 448-451.

<sup>376</sup> *Ibidem*.

<sup>377</sup> *Ibidem*.



presença ou ausência de alucinações como um sintoma clínico da paralisia geral progressiva constituiu-se como um exemplo destes elucidativos debates, evidenciando a participação *ativa* dos pesquisadores brasileiros nas discussões internacionais e/ou na formulação de teorias e concepções acerca das doenças mentais. Em 1931, dez anos após a publicação da primeira edição do Manual de Psiquiatria de autoria de Henrique Roxo, outro médico que atuava no Hospital Nacional, o Dr. Heitor Péres, publicou um artigo nos Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria intitulado “Paralisia geral e alucinações”. No princípio do texto o autor já afirma:

O problema das alucinações na paralisia geral tem sido muito discutido, tendo aparecido nos centros psiquiátricos estrangeiros farta literatura atinente à questão. Aqui entre nós, porém, este articular não está devidamente respigado, tendo-se em vista a falta de estatísticas que venham comprovar seriamente as opiniões emitidas a tal respeito. Quase sempre, todas as afirmações aparecem baseadas em estatísticas estrangeiras, falseando, sobretudo, as conclusões feitas.

Sendo vasto e bem organizado o arquivo da Clínica Psiquiátrica, achamos de bom alvitre agitar a questão, trazendo-lhe a nossa contribuição. Rebuscamos, com a devida vênua do Prof. Roxo, as observações de paralíticos gerais entrados no lapso de tempo que vai de 1926 a 1930, isto é, de cinco anos<sup>378</sup>.

Péres narra, então, a observação realizada em 245 pacientes paralíticos tratados na Clínica Psiquiátrica e conclui que as alucinações ocorriam em apenas 22,7% dos casos, caracterizando-se, portanto, como uma manifestação pouco comum, em sua opinião. Segundo o autor, que concorda com Henrique Roxo, o álcool seria o maior responsável pelos distúrbios alucinatórios ocorridos nestes doentes, porém, a natureza destes delírios constituía-se diferente daquela observada em indivíduos alcoolizados e não paralíticos. Além disso, as manifestações em questão eram mais comuns em homens (87,7%) do que em mulheres (apenas 12,3%). Por fim, o médico conclui que havia dificuldade em se associar os fenômenos alucinatórios ao quadro de demência paralítica e que, portanto, esses deveriam ser considerados como sintomas de ocorrência rara em doentes acometidos por tal enfermidade e incapazes de *representar* tal diagnóstico<sup>379</sup>.

É interessante perceber que, nesta passagem, fica claro certo grau de independência entre conclusões às quais chegavam os psiquiatras brasileiros e aquelas estabelecidas por médicos estrangeiros, o que evidencia seu livre parecer sobre determinadas hipóteses

---

<sup>378</sup> PÉRES, H. Paralisia geral e alucinações. *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 1931, pp. 66-73, p. 66.

<sup>379</sup> *Ibidem*. p. 72.

importadas, apesar da influência exercida pelas mesmas nas concepções de muitos doutores. Heitor Péres não se contenta com as afirmações e explicações forasteiras, buscando subsídios na instituição na qual trabalhava para fomentar sua pesquisa e embasar *suas próprias* ideias. Assim, podemos encarar as opiniões internacionais sobre certos assuntos como apenas um dos elementos que influenciavam a construção do pensamento médico psiquiátrico na Capital Federal. Além disso, temos aqui mais uma evidência do esforço praticado pelos psiquiatras de “converterem-se experimentalmente”, produzindo estudos que abarcavam técnicas estatísticas e laboratoriais. Ede Cerqueira já menciona esta prática como uma tendência generalizada entre os membros da SBNPML:

No exercício do experimentalismo e da construção de verdades científicas, os médicos membros da SBNPML, além de teorizar sobre as possíveis causas orgânicas que ocasionavam patologias mentais e nervosas, também buscavam explorar, investigar, experimentar em busca de uma prova física que explicasse o comprometimento psíquico e moral do indivíduo. Neste contexto, o laboratório enquanto espaço de experimentação e produção de conhecimento ganhou relevância dentro do hospício [...] possibilitando a produção de um discurso “científico” sobre estas doenças e os indivíduos adoecidos, assim como sobre as formas de tratamento, controle e “profilaxia” de tais enfermidades<sup>380</sup>.

Até aqui, pudemos constatar que a paralisia geral progressiva era, na visão de muitos médicos, uma doença de caracterização complexa. Dessa forma, para que a demanda de diagnósticos rápidos e corretos fosse atendida, certamente foram também incorporadas, à rotina das instituições responsáveis por cuidar dos doentes paralíticos, ferramentas que auxiliariam no alcance destes objetivos. Como já mencionado no primeiro capítulo deste trabalho, muitos pesquisadores afirmavam que a PGP possuía um quadro clínico, composto por sintomas físicos, somáticos; um quadro psíquico, do qual faziam parte os distúrbios mentais, psicológicos; e finalmente um quadro (também chamado de síndrome) humoral ou sorológico. O diagnóstico clínico da paralisia geral, que observava apenas seus sintomas físicos e psíquicos, por si só era considerado insuficiente por muitos psiquiatras para diagnosticar a doença, por isso, grande parte deles acreditava que à análise clínica deveria ser somada a da síndrome humoral, cuja presença, a saber, evidenciava-se através de diversos testes laboratoriais<sup>381</sup>.

---

<sup>380</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* p. 136.

<sup>381</sup> LEITE, R. C. A síndrome humoral na paralisia geral. *Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 1929, pp. 419-458; PIRES, W. Malarioterapia na paralisia geral. *In Malarioterapia na Sífilis Nervosa*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, pp. 61-94.

Uma síndrome caracteriza-se por um conjunto de sintomas típicos de um determinado distúrbio, que se manifestam, na maioria dos casos, juntos. Dessa forma, os elementos que compunham a síndrome humoral característica da demência parálitica eram revelados através da execução de diferentes exames de laboratório, a partir da análise do sangue e, principalmente, do líquido cefalorraquidiano ou liquor, aquele extraído através da punção lombar. Os principais elementos analisados e que caracterizavam a síndrome humoral eram, no liquor, sua pressão; a linfocitose, leucocitose ou pleocitose; a hiperglobulinose; a hiperalbuminose; a reação de fixação do complemento, também chamada de reação de Wassermann, e as reações coloidais. No sangue apenas a reação de Wassermann era executada<sup>382</sup>.

Ao analisarmos os relatórios redigidos por Juliano Moreira – referentes aos anos de 1924 e 1927 – percebemos que havia pacientes que chegavam às mãos dos psiquiatras por conta de outras afecções, mentais no caso, e acabavam por descobrirem-se sífilíticos, já que os testes para o diagnóstico de tal doença eram amplamente realizados pelo Laboratório Anatomoclínico do Hospício Nacional de Alienados, sob supervisão do Dr. Mário Pinheiro de Andrade. Na tabela a seguir, estão compilados os diferentes exames laboratoriais conduzidos em cada um destes dois anos:

<u>1924</u>		<u>1927</u>	
<i>TIPOS DE EXAMES</i>	<i>NÚMERO DE TESTES</i>	<i>TIPOS DE EXAMES</i>	<i>NÚMERO DE TESTES</i>
<u>Sangue</u>		<u>Sangue</u>	
Reação de Wassermann	1.381	Reação de Wassermann	1.573
<u>Líquido cefalorraquidiano</u>		<u>Líquido cefalorraquidiano</u>	
Reação de Wassermann	553	Reação de Wassermann	672
Reações de Nonne	370	Reações de Nonne	450
Exames citológicos	300	Exames citológicos	452
Albuminas	6	Albuminas	15
<b><u>TOTAL</u></b>	<b>2.610</b>	<b><u>TOTAL</u></b>	<b>3.162</b>

Os dados mostram que, quando comparados os dois anos, houve um aumento de quase 20% no total de exames realizados. É bem provável que este acréscimo tenha acompanhado o também crescimento do montante de pacientes atendidos na instituição. No entanto, e de qualquer forma, a ascensão da quantidade de testes conduzidos anualmente nos evidencia uma tendência em incorporar este tipo de ferramenta no dia-a-dia dos psiquiatras, ou seja, mesmo que o acréscimo de 20% tenha acompanhado igual ou similar incremento no número de

<sup>382</sup> *Ibidem.*

internados, a maior parte destes novos pacientes estava realizando os exames em questão. Assim, a partir destas orientações teórico-metodológicas recém-incorporadas, consolidava-se, cada vez mais, o *status* de subordinação do diagnóstico da neurosífilis aos métodos considerados genuinamente científicos. Em outras palavras, agora, identificar um caso de lues do sistema nervoso não dependia mais somente dos conhecimentos clínicos dos psiquiatras, sujeitava-se também à sua capacidade de entender, dominar e questionar os resultados produzidos dentro do laboratório. Assim, estes profissionais se empenharam consideravelmente na tarefa de apropriar tais recursos, como veremos a seguir.

Discutimos até aqui, o valor prático e conseqüentemente simbólico da síndrome humoral para a psiquiatria carioca. No entanto, quais eram suas características? Como era identificada sua presença? Nos casos de paralisia geral progressiva era comum que a pressão do líquido cefalorraquidiano fosse elevada, devido ao processo inflamatório do tecido cerebral que ocasionava um acúmulo de líquidos. A leucocitose caracteriza-se como um aumento expressivo nos glóbulos brancos (leucócitos) de um paciente. No caso daqueles acometidos pela PGP observava-se uma grande proliferação, sobretudo de um tipo destas células denominado linfócito, o que caracterizava um dos primeiros indícios da doença, constatado através de um exame citológico do liquor. A albuminose constitui-se como um aumento da taxa de albumina e a globulose, de globulinas, também encontradas no líquido cefalorraquidiano. Hoje sabemos que o termo albumina faz referência, de modo genérico, às proteínas solúveis em água e que sofrem desnaturação com o calor. A quantidade de albumina no líquido cefalorraquidiano podia ser mensurada através de um método que utilizava uma espécie de tubo de vidro extremamente fino, chamado de raquialbuminímetro (figura 6)<sup>383</sup>.

Já as globulinas são proteínas insolúveis em água e, entre elas, encontram-se as imunoglobulinas, hoje também chamadas genericamente de anticorpos. Quando o organismo necessita de um aporte maior destas moléculas, em uma situação de infecção, por exemplo, o nível de imunoglobulinas no sangue costuma aumentar, dessa forma, podemos compreender porque esta era uma taxa importante para que os médicos pudessem acompanhar a infecção sífilítica. A hiperglobulose (alta taxa de globulinas no liquor) era constatada através de uma série de reações, entre as principais estavam a de Nonne; a de Pandy e a de Weichbrodt, métodos considerados muito sensíveis e de fácil execução. A reação de fixação do complemento, ou reação de Wassermann, deveria ser sempre positiva quando executada no sangue ou no líquido cefalorraquidiano de um doente portador da paralisia geral progressiva.

---

<sup>383</sup> LEITE, R. C. A síndrome humoral na paralisia geral. *op. cit.* pp. 423-429.

Segundo muitos médicos, o resultado relativo ao liquor tinha grande importância para o diagnóstico “biológico” da doença, ou seja, laboratorial<sup>384</sup>.

Como já discutido no primeiro capítulo deste trabalho, a reação de Wassermann foi considerada uma das grandes descobertas do campo da imunologia e da sorologia, contribuindo, aliás, para a própria consolidação destas áreas do conhecimento. No Brasil a técnica também conquistou o interesse e a confiança não somente de sifilógrafos, mas também de psiquiatras. No Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal publicado pelos Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria no ano de 1925, o psiquiatra Waldemar Almeida faz uma homenagem ao falecimento de August von Wasserman:

A sua obra [de Wassermann], já tão notável, consolidou-se em 1906 quando fez a primeira publicação sobre a “Reação de Wassermann” que, mais tarde, teve larga aplicação, quando, em colaboração com Plaut, divulgou o diagnóstico da lues do sistema nervoso, substituindo na técnica da reação o soro sanguíneo pelo líquido cefalorraquidiano; daí o grande progresso na etiologia da paralisia geral e da tabes<sup>385</sup>.

Retomando os dados já apresentados, só no ano de 1924 foram realizadas, no Laboratório Anatomopatológico do HNA, 1.381 reações de Wassermann no sangue e 553 no liquor. Isso porque, como também lembra Almeida na passagem acima, este teste laboratorial contribuiu amplamente para a reformulação do diagnóstico de diferentes afecções sífilíticas que atingiam o sistema nervoso, desta forma, uma parte considerável dos pacientes que davam entrada nesta e em outras divisões da Assistência eram submetidos à reação. Como forma eficiente de constatar um caso de sífilis nervosa, Henrique Roxo em seu manual de 1921 destaca: “Se houver, demais, Wassermann positivo no sangue e líquido cefalorraquidiano, há o *testemunho máximo* da sífilis nervosa.”<sup>386</sup>. Percebemos, desta forma, que muitos médicos viam a RW como uma das peças-chaves do quebra-cabeça etiológico da PGP, dando declarações que evidenciavam o peso e a confiabilidade conquistados por este teste laboratorial. Em 1927, o número de testes de Wassermann executados aumentou para 1.573 no sangue e 672 no liquor. Além dele, os demais exames conduzidos para a construção de um

---

<sup>384</sup> *Ibidem*. pp. 429-430.

<sup>385</sup> 8ª SESSÃO da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada em 7 de outubro de 1924, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, pp. 127-135, pp. 128-129. Grifo meu.

<sup>386</sup> ROXO, H. B. B. Paralisia geral. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921, pp. 431-466, p. 447. Grifos meus.

diagnóstico de sífilis, como as reações de Nonne, os exames citológico e a contagem de albuminas também eram realizados em maior quantidade três anos depois.

Derivado da reação de Wassermann o índice de permeabilidade meníngea consistia em mais um método laboratorial muito utilizado para a diferenciação entre as diversas formas de sífilis nervosa, já que a reação de fixação do complemento, por si só, apenas acusava a presença da afecção, não permitindo sua classificação. Este índice relacionava a quantidade de anticorpos presentes no liquor (n) com aquela observada no sangue (N), formando a proporção n/N. Em casos de PGP o índice encontrado era maior do que 1/10, já nos demais casos de neurosífilis o índice era menor do que 1/10. Para muitos médicos, o índice de permeabilidade meníngea consistia em um parâmetro de grande interesse, quando associado a outros resultados também pertencentes à síndrome humoral. Mais uma vez, esta consiste em uma análise que foge aos objetivos do presente trabalho, porém, as fontes indicam que houve um volume considerável de controvérsias durante o processo de estabelecimento deste índice, e no qual participaram psiquiatras atuantes na Capital Federal<sup>387</sup>.

As quatro reações chamadas coloidais, ou de floculação, também utilizadas no diagnóstico de formas de neurosífilis, em diferentes lugares do mundo, eram a reação do ouro (ou de Lange); a reação da goma de mastique; a reação de benjoim e a reação de colofonia. Na maioria dos casos de paralisia, todas estas reações apresentavam-se positivas, o problema é que a sensibilidade de algumas delas era muito alta, fazendo com que as mesmas não fossem capazes de diferenciarem as várias formas de sífilis. Uma exceção era a reação de Lange, que apresentava um padrão de resultados diferente para a demência parálitica, constituindo-se, assim, como um teste bastante elucidativo. Muitos médicos acreditavam, inclusive, na superioridade desta reação ao teste de Wassermann no diagnóstico da PGP, principalmente devido a esta especificidade particular. Contudo, a reação coloidal do ouro era muito delicada, fazendo-se necessário que fosse conduzida por um profissional com expertise, paciência e muita atenção<sup>388</sup>.

Já a reação com a goma de mastique apresentava resultados que podiam assumir padrões indicadores da presença da paralisia geral progressiva ou da esclerose em placas. No entanto, estas afecções só poderiam ser diferenciadas através da presença da hiperglobulinose, característica exclusiva da primeira enfermidade e verificada a partir da reação de Nonne. A

---

<sup>387</sup> LEITE, R. C. A síndrome humoral na paralisia geral. *op. cit.* pp. 423-436.

<sup>388</sup> *Ibidem.* pp. 436-447. A sensibilidade de um teste laboratorial é a capacidade que ele tem de identificar, entre os suspeitos de serem portadores de uma doença, os que se encontram, de fato doentes. Já a especificidade é o poder que o mesmo teste tem acusar-se negativo, quando realizado em indivíduos que *sabidamente* não sejam portadores da enfermidade em questão.

reação do benjoim, por sua vez, não era capaz de fornecer grandes indícios da existência da demência parálitica, em especial, contudo e mesmo assim, era sistematicamente utilizada como ferramenta na construção do diagnóstico dos doentes acometidos pela lues em geral, pois consistia em uma “prova” complementar aos outros resultados. Finalmente, o experimento elaborado a partir da colofônia ou breu tinha sensibilidade um pouco menor do que os testes da goma de mastique e do benjoim, e, assim como a reação de Lange, era capaz de indicar a existência precisa da paralisia geral progressiva<sup>389</sup>.

Um dos estudos que forneceu contribuições para a diminuição da sensibilidade desta reação foi aquele conduzido no laboratório da FGG, em 1929, pelo Dr. Sylvio Prado Pastana. Através de seus experimentos, o médico conseguiu estabilizar esta resina vegetal (o breu) com sulfato de sódio, fazendo com que ela não reagisse (floculasse) com líquidos cefalorraquidianos normais, e, aí sendo menos sensível, poderia ser considerada superior às reações da goma de mastique e do benjoim. Nos Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle foram publicados, durante o período estudado, outros trabalhos que, novamente, também evidenciam o desenvolvimento de pesquisas a respeito dos protocolos, controles e formas de conduzir estas reações diagnósticas, por parte dos médicos que atuavam no Rio de Janeiro, muitos deles, inclusive, psiquiatras<sup>390</sup>.

Estes resultados, de que falamos até agora, funcionavam basicamente como instrumentos de diagnóstico e de monitoramento do quadro do paciente – através delas era possível recolher alguns indícios da ocorrência de melhoras após a administração de um determinado tratamento, acompanhar a evolução do quadro de um parálitico e captar evidências de uma remissão duradoura. No entanto, havia muita discussão sobre o perfil e a existência inexorável desta síndrome. Uma das perguntas colocadas por Hélión Póvoa e Waldemiro Pires em seu artigo publicado em 1928 nos Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle foi se, embora típica, era a síndrome humoral uma regra nos pacientes acometidos pela demência parálitica. Afirmando ser este um assunto delicado, os autores, sem muito argumentar, defendem que nunca observaram um só caso da doença que não manifestasse estes sintomas. É importante destacar que o verdadeiro recurso valioso para o diagnóstico e acompanhamento do quadro do paciente era a presença ou ausência *coletiva* dos caracteres humorais. Dessa forma, o aparecimento de apenas um ou um par deles não constituiria evidência suficiente para se chegar a alguma conclusão, apenas sua associação o faria. Um paciente com sintomas clínicos manifestos, porém, desacompanhados da síndrome humoral,

---

<sup>389</sup> *Ibidem*. O mastique, o benjoim e a colofonia são resinas de origem vegetal.

<sup>390</sup> *Ibidem*.

também poderia ter seu diagnóstico de paralisia refutado, mais um efeito demonstrador do peso que essa assumiu na caracterização da doença<sup>391</sup>.

Apesar de a análise da síndrome humoral ter convencido muitos médicos de sua importância e utilidade, a necessidade de que os testes laboratoriais fossem conduzidos com muita minúcia por profissionais gabaritados era manifesta, o que impulsionou os estudos psiquiátricos e, conseqüentemente, a construção do entendimento destes profissionais acerca do tema. Por outro lado, não podemos deixar de mencionar que alguns psiquiatras, como, por exemplo, Henrique Roxo, também acreditavam na importância de se observar os sintomas físicos e mentais, igualmente a partir de orientações protocolares, se preocupando em construir um diagnóstico mais completo. Segundo Roxo, o exame clínico de doentes psiquiátricos era bastante complexo por diversos motivos. Em primeiro lugar, o paciente poderia simplesmente não fornecer as informações necessárias, omitindo-as ou deturpando-as:

Em psiquiatria o exame de um doente é muito mais difícil do que em qualquer outro ramo da medicina. Com efeito, para se examinar um indivíduo alienado ou suposto tal, é preciso coligir elementos que muitas vezes nos não são dados pelo próprio doente.

[...]

É mais difícil do que examinar uma criança, porque esta se encontra nos primeiros tempos de sua vida em estado de não poder dizer o que sente, ao passo que com o alienado, não só o mesmo pode ocorrer, como também, o que torna muito mais complexo o problema, ele pode lançar mão de toda sua argúcia para desviar a atenção clínica do que ele sinta e pense<sup>392</sup>.

Roxo fala ainda sobre as situações nas quais a família do paciente deveria ser contatada para esclarecimentos sobre seu estado e seu histórico. Aqui podemos fazer uma aproximação com as afirmações expostas por Juliet Hurn e Joel Braslow em seus trabalhos já mencionados nos capítulos 1 e 2 desta dissertação. Os psiquiatras muitas vezes se queixavam de uma prática desencadeada pelo preconceito concernente às doenças mentais e que atrapalhava o diagnóstico clínico destas afecções, não deixando a paralisia geral progressiva de fora:

No exame há frequentemente necessidade de recorrer à família do doente, para que nos elucide em relação aos seus antecedentes, mas ainda aí escolhos se antolham, pois no receio de que se verifique tratar-se de uma

---

<sup>391</sup> *Ibidem*. pp. 447-455; PIRES, W; PÓVOA, H. Síndrome humoral dos paralíticos gerais malarizados. *Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1928, pp. 305-309, p. 307.

<sup>392</sup> ROXO, H. B. B. Técnica para exame de um alienado. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921, 1ª edição, pp. 55-69, p. 55.



família de nevropatas, busca ela fazer crer que aquele é o caso primeiro e único<sup>393</sup>.

Assim, a falta de espaço que davam para a ocorrência de situações como essa era mais uma vantagem dos exames laboratoriais, além de sua relativa rapidez. Porém, é importante que fique claro que estes últimos testes também possuíam limitações reconhecidas pelos médicos e, por isso, deveria haver um encontro, uma complementariedade, entre a análise clínica e a laboratorial:

Cada vez mais se faz preciso o auxílio do laboratório ao clínico e muitos problemas têm ficado assim inteiramente esclarecidos.

O laudo do exame pericial não é apresentado no mesmo momento, exige dias, e, enquanto o médico volta a examinar o doente, o laboratório prepara os elementos que o clínico lhe solicitou.

Este é o método que se deve seguir o exame de qualquer alienado.

Obedecendo rigorosamente a ela, não será fácil olvidar qualquer elemento importante que obste o perfeito esclarecimento clínico.

O médico terá assim auferido elementos valiosos, para que a diagnose se antolhe bem exata, arrimada escrupulosamente em dados clínicos que com paciência, carinho e inteligência foram sendo colhidos a pouco e pouco.

Só assim será perfeita a observação clínica<sup>394</sup>.

Os recursos pertencentes ao campo da anatomia patológica também eram considerados de grande valor diagnóstico para os psiquiatras, como também já discutido neste trabalho. A opinião dos médicos que atuavam no Distrito Federal não era diferente e seus textos nos permitem perceber que estas ferramentas também haviam ganhado espaço em seu dia-a-dia. Estes profissionais, lutando para a consolidação e ampliação de seu espaço de atuação, destacavam a importância da construção de um conhecimento psiquiátrico orientado pelas diretrizes da anatomia e da fisiologia, campos que reconhecidamente ofereciam métodos capazes de conferir cientificidade a uma atividade de pesquisa:

No entanto, não se poderá considerar verdadeiramente científico senão aquele fenômeno que se contiver rigorosamente nos domínios da anatomia e da fisiologia. Tudo quanto não coincidir com os ensinamentos destas duas ciências básicas da medicina, não servirá à explicação de um ato qualquer. *É preciso que nos não esqueçamos disto e que a cada passo busquemos adaptar o que observamos, ao que elas ensinam*<sup>395</sup>.

---

<sup>393</sup> *Ibidem*. pp. 55-56.

<sup>394</sup> *Ibidem*. pp. 68-69. É importante destacar que o “clínico” mencionado por Henrique Roxo é o psiquiatra responsável pelo exame clínico e não um médico de especialidade clínica.

<sup>395</sup> ROXO, H. B. B. Considerações gerais sobre as doenças mentais. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921, 1ª edição, pp. 11-19, p. 12. Grifos meus.

Em outro ponto de seu livro, Roxo continua:

A psiquiatria tem evoluído consideravelmente e se torna cada vez mais uma *ciência precisa*.

Muito longe vai o tempo em que se apelava para a alma ou os espíritos para que se pensasse nas interpretações dos fenômenos psíquicos. Hoje em dia os dados da anatomia e fisiologia patológica tem esclarecido muitos problemas.

O alienado é modernamente tratado como um doente comum. [...]

[...]

Os recursos de laboratório vieram esclarecer *decisivamente* certos fatos clínicos e hoje, os métodos bioquímicos permitem que muito precocemente, e com segurança, certos diagnósticos sejam formulados<sup>396</sup>.

A partir das passagens citadas anteriormente podemos afirmar que na luta pela consolidação do campo da psiquiatria participavam diversos profissionais da área. As palavras de Henrique Roxo servem apenas como um exemplo ilustrativo do que encontramos em inúmeros outros textos escritos neste momento por diferentes psiquiatras que trabalhavam no Hospital Nacional e em outras dependências da Assistência no DF.

A psiquiatria prossegue, pois, numa senda de constante aperfeiçoamento.

O seu estudo deve cada vez mais despertar interesse.

A segurança do critério anatomoclínico, a firmeza do prognóstico e o desenvolvimento dos recursos terapêuticos são elementos que, dia a dia, lhe conferem maior preponderância<sup>397</sup>.

No entanto, assim como relata Juliet Hurn para o caso da Grã-Bretanha, Ede Cerqueira destaca que houve descontentamento por parte de alguns médicos com a ampliação desmedida da utilização dos testes laboratoriais para o diagnóstico de certas afecções mentais:

Embora o experimentalismo fosse discutido, aqui no Brasil, desde o início do século [XX], entre os membros da Sociedade é possível perceber que, em alguns momentos, o entusiasmo com a nova forma de fazer ciência – a experimental – era permeado pela desconfiança e pela tensão, uma vez que resultados de exames laboratoriais começavam a discordar dos diagnósticos clínicos<sup>398</sup>.

No entanto, destacamos um *possível* distanciamento entre as realidades britânica e brasileira. Enquanto que na primeira o problema trazido pela larga utilização dos métodos

---

<sup>396</sup> *Ibidem*. p. 18. Grifos meus.

<sup>397</sup> *Ibidem*. pp. 18-19.

<sup>398</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* p. 134

laboratoriais identificado pelos médicos residia no aumento do número de diagnósticos da paralisia geral progressiva, no Brasil, ocorria o contrário. De acordo com Cerqueira, médicos como Ernani Lopes identificavam uma diminuição no número de casos da demência paralítica devido aos erros de diagnóstico que passaram a ser evitados com a utilização dos meios de laboratório. As fontes analisadas pelo presente trabalho não nos fornecem outras informações sobre esta discussão, aliás, não temos uma compilação de estatísticas dos casos de PGP registrados no Rio de Janeiro, por isso, citamos apenas as observações recentemente publicadas por Ede Cerqueira e expomos este potencial ponto de diferenciação entre o caso carioca e o britânico<sup>399</sup>.

Percebemos até aqui que as modificações produzidas na maneira como os médicos da Capital Federal caracterizavam e diagnosticavam a paralisia geral progressiva derivaram, em grande parte, de recursos emprestados dos campos da anatomia, fisiologia, microbiologia, imunologia, sorologia, entre outros. Este novo enquadramento da doença já pode ser considerado uma evidência do esforço dos psiquiatras em ter seu perfil mais próximo daquele que poderia ser considerado o perfil de um cientista de fato. No entanto, um empecilho para que se pudesse fazer tal analogia residia na escassez de tratamentos para as doenças mentais que também se balizassem em métodos mais objetivos e que produzissem cura ou pelo menos melhora visível. Segundo muitos médicos, no caso da PGP, o percentual de cura dos doentes era muito pequeno e as técnicas até então disponíveis para seu tratamento pouquíssimo promissoras. A opinião de Henrique Roxo sobre o diagnóstico e o prognóstico da demência paralítica fica especialmente clara em duas passagens presentes em seu manual de 1925: “Compreende-se, pois, como equivale a uma verdadeira *sentença de morte* um tal diagnóstico.”<sup>400</sup> ou, então, “Em relação ao prognóstico, é ele *sempre mau*.”<sup>401</sup>. Trataremos a partir de agora, então, dos esforços realizados para se aprimorar e aplicar a primeira terapêutica destinada especificamente ao tratamento da paralisia geral progressiva, e cuja eficiência era defendida por parte de muitos médicos que atuavam nas instituições que cuidavam de tais doentes, no Rio de Janeiro. Veremos também em que medida este tratamento tangenciou e influenciou as discussões sobre os métodos laboratoriais.

---

<sup>399</sup> *Ibidem*. pp. 134-136.

<sup>400</sup> ROXO, H. B. B. Paralisia geral. In *Manual de Psiquiatria*, Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 2ª edição, 1925, pp. 469-507, p. 485. Grifos meus.

<sup>401</sup> *Ibidem*. p. 499. Grifos meus.

### 3.3 – A malarioterapia no Rio de Janeiro: polêmicas, apropriações e desdobramentos

Em 1924, Juliano Moreira, então diretor da Assistência a Alienados do Distrito Federal, descrevia em seu relatório anual ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores o primeiro caso de inoculação da malária, na tentativa de curar um paraplégico geral na Colônia de Alienados de Jacarepaguá. O tratamento foi administrado sob supervisão do Dr. Floriano Peixoto de Azevedo, médico assistente concursado do HNA, cuja nota emitida é transcrita por Moreira em seu documento:

Em 26 de setembro fizemos, ao que nos parece, pela primeira vez no Brasil, inoculação de sangue contendo *Plasmodium vivax* em dois doentes de demência paraplégica. Ambos tiveram francos acessos de hiperpirexia malárica e, após cessadas as crises febris pela ação oportuna do quinino, do azul de metileno e do neosalvarsan, apresentaram acentuadas melhoras psíquicas e somáticas, de acordo com o avultado número de observações publicadas nos países onde se tem usado, larga manu, do método terapêutico instituído por Wagner von Jauregg. Por motivo alheio à nossa vontade não foi possível continuar a observação dos referidos doentes na Colônia, mas somos informados que um deles, transferido para o Hospital Nacional, lá continua a apresentar as melhoras aqui observadas<sup>402</sup>.

A maneira como os médicos que atuavam no Distrito Federal tomaram conhecimento sobre a malarioterapia permanece parcialmente obscura. Na passagem transcrita por Juliano Moreira apresentada acima, o psiquiatra cita “o avultado número de observações publicadas nos países onde se tem usado, larga manu, do método terapêutico instituído por Wagner von Jauregg.”<sup>403</sup>. Assim, é bastante provável que os doutores do Rio de Janeiro tivessem acesso a estas publicações e que, a partir delas, optassem por instituir o tratamento em uma das dependências da Assistência, no caso, a Colônia de Jacarepaguá. No entanto, a decisão pela utilização da técnica austríaca gerou polêmica, ao menos inicialmente, entre o próprio diretor e o Professor Henrique Roxo, como já mencionado no segundo capítulo do trabalho. A princípio este foi o único posicionamento contrário à aplicação da terapêutica com o qual tivemos contato a partir das fontes escolhidas para a pesquisa. No entanto, devido às constantes tensões existentes em qualquer espaço de produção do conhecimento podemos cogitar a possibilidade de que médicos avessos à utilização da malarioterapia não divulgassem sua opinião por motivos políticos e, às vezes, até pessoais, evitando o que poderia ser considerado uma afronta à opinião de algum colega.

---

<sup>402</sup> BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. *Relatório da Assistência Médico-Legal a Alienados*. Rio de Janeiro, DF, 1924, pp. 152-153.

<sup>403</sup> *Ibidem*.

Já a aversão ao mercúrio – substância, a princípio, amplamente utilizada no tratamento de afecções de origem sifilítica – era manifesta entre muitos médicos, passando esse a ser contraindicado por muitos deles devido a sua toxicidade:

O tratamento da paralisia geral deveria consistir no uso intensivo de mercúrio, visto ser ela uma doença de origem sifilítica.

No entanto, fato curioso, pode-se afirmar não só que o mercúrio não cura a paralisia geral, como demais concorre *poderosamente* para que evolua rapidamente e o doente morra em prazo muito curto. Tais foram os resultados desastrosos do uso do mercúrio que em Congresso Médico que aqui se reuniu, foi apresentada uma moção por *todos* os especialistas presentes, solicitando vivamente de todos os colegas a supressão *definitiva* do mercúrio no tratamento desta doença<sup>404</sup>.

O psiquiatra continua, citando pesquisadores de todo o mundo que também se colocavam contra a utilização do metal no tratamento desta afecção. Descartando o mercúrio e a malarioterapia, Roxo diz recorrer, sem muita esperança, às seguintes substâncias:

Por meio do tratamento que, geralmente, emprego, constituído por iodalose e hectina, também consegui que dois doentes meus se apresentem como curados. Penso, porém, que se trate antes de remissões do que de verdadeiras curas e, bem diagnosticada a doença, sou sempre muito pessimista em relação ao prognóstico<sup>405</sup>.

Assim, os compostos terapêuticos pelos quais optava Henrique Roxo eram a hectina e a iodalose, administradas através de injeções. O médico também menciona que, em alguns casos, fazia uso do 914 – o composto arsenical descoberto por Ehrlich e Hata mencionado no capítulo anterior – no lugar da hectina, mas que seus resultados, apesar da utilização recente, foram igualmente frustrantes: “Até hoje não me proporcionou ele [o 914] qualquer resultado nitidamente vantajoso, sendo, porém, exato que mal não faz.”<sup>406</sup>. O médico segue, então, falando sobre demais substância potencialmente terapêuticas para a PGP e ressaltando seus resultados ruins e/ou duvidosos.

Os tratamentos disponíveis não convenciam Roxo de sua eficácia, fazendo com que ele enxergasse o futuro dos pacientes acometidos pela PGP como um destino inexoravelmente fatal. Porém, é interessantíssimo observarmos que, na terceira edição de seu manual, publicada em 1938, Henrique Roxo não somente reconsidera a adoção da malarioterapia, mas também manifesta, exatamente por conta desta terapêutica, uma opinião completamente

---

<sup>404</sup> *Ibidem*. p. 500. Grifos meus.

<sup>405</sup> *Ibidem*. pp. 499-500.

<sup>406</sup> *Ibidem*. p. 501.

diferente sobre o prognóstico da demência paralítica: “Em relação ao prognóstico [da paralisia geral progressiva], é ele atualmente  *muito* favorável.”<sup>407</sup>. E continua:

O tratamento que deve ser preferido, que é superior a todos os outros, é a *malarioterapia*.

A princípio me repugnara emprega-lo: tivera o conhecimento de que o doente, em que notável especialista o havia aplicado, morrera em poucos dias. Nunca empregara eu método algum que pudesse concorrer para a morte de alguém. No entanto, em 1926, quando estive na Europa, vi tal entusiasmo por parte do Prof. Wagner von Jauregg, criador do método, do Prof. Mingazzini, do Prof. Henri Claude, vi resultados tão brilhantes, verifiquei recursos seguros para evitar insucessos, constantes dados estatísticos tão preciosos – que vi que não poderia ser mais realista que o rei.

O Prof. Wagner von Jauregg explicou-me detalhes da técnica seguríssima que criou. O Dr. Mathias Costa, clínico de grande competência no assunto, apresentou à Sociedade Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, há pouco tempo, dados estatísticos, em que não há um acidente letal, no momento em que se tomem as cautelas, particularmente em relação à pressão arterial, que ele expôs minuciosamente<sup>408</sup>.

O psiquiatra atuante no HNA segue dizendo que quando voltou da Europa, em 1927, encontrou alguns de seus colegas não somente aplicando, mas também desenvolvendo estudos sobre malarioterapia, e um deles era Waldemiro Pires Ferreira. Desta forma, conseguimos pensar em dois fatores que possam ter influenciado a mudança de opinião manifestada por Roxo num intervalo de alguns anos. O contato com Jauregg e outros especialistas que lidavam com a malarioterapia durante sua viagem pela Europa possibilitou a observação dos resultados positivos obtidos pelos mesmos, o que, certamente, teve grande peso neste processo. Contudo, esses bons resultados não estavam restritos ao exterior. Quando chegou ao Brasil, o médico também pôde observar os efeitos positivos obtidos através da administração da malarioterapia, bem como e as diferentes apropriações realizadas desta técnica, realizadas por seus colegas da SBNPML. Acreditamos que este evento tenha exercido especial impacto na opinião de Roxo sobre a técnica que já se fazia cosmopolita: “Comecei desde então a aplicar a malarioterapia nos meus doentes e devo declarar que já tenho muitos curados, integrados nas respectivas profissões, tendo me tornado eu um entusiasta do método, tanto quanto os que mais o são.”<sup>409</sup>.

Antes desta mudança radical na visão de Henrique Roxo sobre a malarioterapia e o prognóstico da paralisia geral progressiva, alguns estudos sobre a técnica vienense já estavam

---

<sup>407</sup> ROXO, H. B. B. Paralisia geral. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 3ª edição, 1938, pp. 541-582, pp. 570. Grifo meu.

<sup>408</sup> *Ibidem*. pp. 571-572.

<sup>409</sup> *Ibidem*. p. 572.

sendo conduzidos por outros doutores, na Capital Federal. No entanto, depois da menção do primeiro emprego da técnica de origem vienense na recém-criada Colônia de Jacarepaguá – no relatório da Assistência referente ao ano de 1924 – a terapêutica só volta a ser abordada nos Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria em 1926, em um artigo publicado pelo psiquiatra e sociólogo membro da SBNPML Waldemar Gualberto de Almeida e pelo doutor Onofre Infante Vieira. Ambos atuavam no Hospital Colônia de Alienados de Vargem Alegre, criado em 1904 e localizado no distrito de mesmo nome pertencente à cidade de Barra do Piraí. Almeida e Vieira descrevem a experiência de um padre malarizado, pontuando que este também foi um dos primeiros casos de utilização da terapêutica no país, apesar de terem publicado seu relato apenas em 1926<sup>410</sup>.

O padre havia, inicialmente, recebido tratamentos antissifilíticos com mercúrio e neosalvarsan no Sanatório Botafogo. No entanto, esses não surtiram muito efeito, e o paciente fora transferido, três meses depois, para a colônia de Vargem Alegre. Os dois doutores, observando sua piora, decidiram fazer uso da malarioterapia, de cujos “prodígios”, segundo eles, haviam tomado conhecimento através (novamente) de revistas estrangeiras. No entanto, a dificuldade em adquirir o plasmódio correto (*Plasmodium vivax*) fez com que Almeida e Vieira optassem por conduzir o tratamento com a forma tropical da doença:

Todo impaludado que nos caía nas mãos tinha o sangue examinado. Infelizmente todos eram de terçã maligna. E o nosso doente rapidamente ia piorando. Em algumas estatísticas europeias, ao lado dos casos feitos com a terçã benigna e a quartã, vimos relatados casos feitos com a forma tropical e, além disso, a afirmação de que a malária experimental é relativamente mais benigna que a contraída em condições naturais. Estes fatos todos *e mais a autorização da família do doente* levaram-nos a tentar o processo mesmo com a forma tropical<sup>411</sup>.

A ideia de que a malária experimental seria mais branda do que aquela contraída naturalmente era, de fato, disseminada por muitos médicos, inclusive pelo próprio Jauregg. No entanto, isso era dito sobre a forma benigna da doença, não se constituindo como uma máxima passível de aplicação a todos os tipos da mesma. Contudo, ao que nos parece, Waldemar Almeida e Onofre Vieira extrapolaram tal afirmação, fazendo uso da terçã maligna no procedimento em questão. Logo se manifestaram severos efeitos colaterais provenientes do tratamento, e o clérigo desenvolveu os fortes sintomas da malária aguda. Depois de alguns

---

<sup>410</sup> FACCHINETTI, C.; CUPELLO, P.; EVANGELISTA, D. F. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins. *op. cit.* p. 533.

<sup>411</sup> ALMEIDA, W.; INFANTE, O. Terapêutica da demência paralítica pela malarioterapia. *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*, v. 8, n. 3 e 4, 1926, pp. 127-130, p. 128. Grifos meus.

acessos febris, foi iniciado, então, o tratamento contra o impaludismo, e o paciente apresentou melhora considerável. Contudo, após mais ou menos um mês de iniciado o progresso no quadro do padre neurossifilítico, houve piora repentina e permanente:

Os amigos que o visitavam voltavam deslumbrados, julgando-o curado. Mas tudo isso foi transitório, depois de quase um mês de tão esperançoso estado, piorava o nosso amigo rapidamente e acha-se hoje num estado de demência mais profunda do que aquele de que por algum tempo emergiu<sup>412</sup>.

Dessa experiência, dois dos doutores pioneiros na aplicação da malarioterapia no Brasil constroem uma nova categoria e acrescentam-na ao *ranking* de nivelamento da melhora do quadro dos doentes malarizados. Esta escala, elaborada por Weygandt, para os resultados da malarioterapia na paralisia geral apresentava os seguintes níveis: doentes que podiam ser considerados curados; doentes que tinham alguns de seus sintomas melhorados; doentes cujo estado não se alterava; doentes que pioravam e, por fim, introduzido por Almeida e Vieira, doentes que tinham uma grande melhora e depois pioravam rapidamente<sup>413</sup>.

A penúltima passagem escrita pelos psiquiatras e citada anteriormente também contém um dado interessante. Os médicos mencionam uma autorização, a princípio, concedida pela família do doente para que fosse conduzida a malarioterapia. Resta-nos saber se esta aprovação foi, de fato, requerida e, em caso afirmativo, se o consentimento foi dado para simplesmente se administrar a terapia palúdica ou se para administra-la com o plasmódio que transmite a forma maligna da malária. Infelizmente, não fomos capazes de acessar os prontuários dos doentes malarizados, uma fonte que certamente enriqueceria o trabalho e nos possibilitaria verificar a existência ou não de, ao menos, parte de tais autorizações. No caso do Hospício do Juquery, por exemplo, Gustavo Tarelow encontra pouquíssimos destes documentos anexados aos prontuários, o que leva o autor a concluir que a prática de procurar tal aval não era frequente entre os psiquiatras paulistas<sup>414</sup>.

No entanto, podemos dizer que o fato de haver *menção* que seja ao recolhimento de um aval familiar já é por si só, sintomático. Mesmo que este não fosse um ponto de discussões acaloradas, mesmo que na realidade não houvesse autorização alguma ou mesmo que a preocupação dos médicos não residisse no bem-estar do doente e na ética profissional, mas em macular sua própria reputação, podemos dizer que existia, sim, uma apreensão neste

---

<sup>412</sup> *Ibidem*, p. 129.

<sup>413</sup> *Ibidem*, p. 130.

<sup>414</sup> TARELOW, G. Q. Entre febres, comas e convulsões. *op. cit.* p. 86.



sentido. *Investigar* em que medida este assunto ocupava o pensamento científico neste momento constitui-se, certamente, como um objetivo que foge às propostas originais do presente trabalho. Contudo, apresentamos um indício de que o assunto da ética médica evidencia-se como algo complexo neste momento, caracterizando-se como um objeto passível de estudo.

Até o momento, pudemos perceber através do caso do sacerdote, e de algumas sutilezas presentes na nota transcrita por Juliano Moreira em seu relatório de 1924, que as primeiras tentativas de malarização no Brasil não foram muito bem sucedidas. Voltando a analisar a passagem de autoria do Dr. Floriano Peixoto e fornecida por Moreira, nos ateremos às seguintes palavras: “Por motivo alheio à nossa vontade não foi possível continuar a observação dos referidos doentes na Colônia, mas somos informados que *um* deles, transferido para o Hospital Nacional, lá continua a apresentar as melhoras aqui observadas.”<sup>415</sup>. Nesta nota, Peixoto não explica que “motivos” são estes, assim, podemos pensar na possibilidade de que a piora do quadro dos enfermos possa ter fugido do controle dos médicos que ministravam o tratamento. Dizemos isso, porque se ambos os pacientes malarizados tivessem obtido melhoras consideráveis, seriam grandes as chances dos doutores não perderem a oportunidade de exibir estes resultados, dados o impacto positivo que tais números gerariam na consolidação do objetivo dos psiquiatras: modificar o *status* de seu campo do conhecimento. Também não podemos descartar a possibilidade do óbito de um dos doentes (aquele cujo estado posterior ao tratamento é sequer mencionado) e da inabilidade por parte dos médicos da Colônia de Jacarepaguá de aplacarem os sintomas da malária. Destas hipóteses procederia a transferência do paciente para o HNA, onde havia maior número de especialistas e, conseqüentemente, de opiniões sobre o caso, bem como mais recursos para trata-lo. Contudo, a divulgação das informações anteriormente citadas é realizada de forma evasiva e incompleta, o que impossibilita que tiremos qualquer *conclusão mais consistente* sobre a questão, nos permitindo apenas pensar sobre a conjuntura da situação.

Outra questão interessante que podemos levantar a partir desta análise reside no fato de que, mesmo com experiências iniciais mal sucedidas, os médicos continuaram a insistir em aprender a manipular com desenvoltura a malarioterapia, o que evidencia, mais uma vez, o impacto que teve a terapêutica e a fama de tratamento promissor que conquistou. Assim, aos poucos e ao longo do tempo, a técnica passou a ser estudada e aprimorada, ganhando confiabilidade entre os doutores da Capital Federal. Este movimento fica claro quando

---

<sup>415</sup> BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. *Relatório da Assistência Médico-Legal a Alienados*. Rio de Janeiro, DF, 1924, p. 153. Grifo meu.

Waldemiro Pires decide dedicar grande parte de sua carreira a esta terapia, a qual acreditava já ter semeado esperança para o campo da psiquiatria internacional. Conduzida pelas mãos do neuropsiquiatra paraibano e de seus colegas, a terapia palúdica passa a fornecer resultados considerados animadores pela comunidade psiquiátrica, na Capital Federal. Pires ressalta que, em suas primeiras experiências realizadas em parceria com o Dr. Sylvio Prado Pastana, já mencionado anteriormente, não havia ocorrido imprevistos. O plasmódio utilizado teria sido comprovado microscopicamente como o transmissor da malária do tipo *terçã* benigna, infecção essa que seria, segundo o médico, tranquilamente aplacada pelo uso do quinino, devido ao fato, já mencionado, de que a malária *terçã* inoculada seria mais sensível a este tratamento do que aquela adquirida naturalmente<sup>416</sup>.

O texto abaixo, quando comparado a trabalhos posteriormente escritos por Waldemiro Pires, nos permite enxergar que a visão do médico, inerente aos efeitos que a técnica exercia sobre os sintomas paralisia geral, mudou ao longo do tempo. Em um trabalho publicado em 1926 suas conclusões são as seguintes:

1º Os doentes tratados pela malária só melhoram dos sintomas mentais. 2º A síndrome humoral não se deixa influenciar pelo tratamento. 3º Não é um tratamento radical, dado a base anatomopatológica da doença, mas é o mais eficaz e o que provoca o maior número de remissões. 4º Todo paralítico geral deve ser tratado pela malária, maximé da fase inicial observando-se as contra-indicações e os inconvenientes<sup>417</sup>.

A passagem é especialmente interessante ao menos por três motivos. Em primeiro lugar, ela evidencia que o médico valorizava a atenção frente às “contra-indicações e os inconvenientes” eventualmente produzidos a partir da administração da malarioterapia. Muitos dos profissionais adeptos da técnica de origem vienense preocupavam-se com os aos quais riscos eram submetidos os pacientes, até mesmo porque, no limite, um acidente grave ou fatal acarretaria consequências que poderiam resvalar em sua carreira. Assim, desmistificamos a ideia de que a terapia palúdica era utilizada de maneira desmedida. Alguns pacientes foram impedidos de passar pelo tratamento, pois se encontravam muito debilitados para enfrentar a infecção malárica e tal insistência poderia colocar sua vida em risco.

Vejam bem que o autor utiliza a palavra “remissão”, ao invés do termo “cura”, para falar dos efeitos da terapêutica. A diferença entre ambas as designações reside em seu grau de

---

<sup>416</sup> 7ª SESSÃO ordinária da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada a 26 de julho de 1926, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3 e 4, 1926, pp. 166-169, p. 168.

<sup>417</sup> *Ibidem*.

permanência. A remissão caracterizaria uma situação potencialmente momentânea, enquanto a cura constituir-se-ia como um estado definitivo. Em 1927, Pires faz uma comunicação na 14ª sessão ordinária da SBNPML que evidencia sua mudança de opinião com relação a esta questão. Nela, o autor diz que houve melhora nos sintomas psíquicos do paciente após o tratamento, concluindo que em certos casos há cura clínica e não mera regressão da paralisia geral progressiva. O neuropsiquiatra fala também sobre a contribuição das pesquisas anatomopatológicas para os estudos relacionados aos efeitos salutareos da nova terapêutica. As ferramentas e saberes derivados deste campo do conhecimento possibilitaram a sistematização das modificações anatômicas que ocorriam nos tecidos cerebrais de paralíticos que iam a óbito, por diversos motivos, depois de serem malarizados. No entanto, ao comentar a fala de Pires, Juliano Moreira defendeu a ideia de que os casos de cura da paralisia geral, sob a ação da malarioterapia, poderiam ser, na realidade, uma *falsa* paralisia geral, diagnosticada erroneamente<sup>418</sup>. Nesta mesma reunião, Hélios Póvoa também fala sobre os efeitos da malarioterapia na síndrome humoral dos paralíticos, concluindo que as modificações desses tipos de sintomas também eram evidentes. Póvoa ia de encontro às afirmativas feitas por dois médicos franceses, o dermatossifilógrafo Albert Sézary e o psiquiatra André-Louis Barbé, afirmando que havia, sim, um paralelismo entre a evolução clínica e a humoral da paralisia geral, quando essa era tratada pela malária<sup>419</sup>.

A partir de 1928, as opiniões manifestadas nas reuniões da sociedade mostram que outros médicos passaram a também defender esta melhora humoral, que já havia sido observada em muitos casos. Inácio da Cunha Lopes fala sobre um paciente de paralisia geral, no qual, em conjunto com o Dr. Waldemiro Pires, administrou a malarioterapia, apresentando o primeiro, melhoras visíveis:

[...] a síndrome psíquica revela-se normal, o estado somático mostra-se melhorado consideravelmente e as reações humorais sofrem modificações muito notadas no liquor, embora a prova de Wassermann ainda permaneça positiva, mas no sangue já se houve negativa. São apenas passados um e meio meses, porém, o paciente tem visíveis e progressivas melhoras<sup>420</sup>.

---

<sup>418</sup> *Ibidem*.

<sup>419</sup> 14ª SESSÃO ordinária da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada em 17 de outubro de 1927, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neurolatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 1928, pp. 56-58, pp. 56-57.

<sup>420</sup> 2ª SESSÃO ordinária da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada em 7 de maio de 1928, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neurolatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 1928, pp. 86-89, p. 89.

Apesar de Cunha Lopes falar sobre a observação de melhoras em um mês e meio de realização do tratamento pelúdico, em grande parte dos casos, os médicos reportavam que os sintomas humorais demoravam a sofrer alterações, que ocorriam, geralmente, depois da suavização dos sintomas clínicos. Pires escreve que, apesar das mudanças no quadro sorológico serem geralmente lentas, esse não se modificava com os demais tratamentos, o que constituía mais uma diferenciação entre os mesmos e a malarioterapia, a qual, em sua opinião, se mostrava superior. Segundo ele, frequentemente, após a administração da malária, havia o desaparecimento da linfocitose, seguido do fim da hiperalbuminose. Grande parte dos médicos acreditava que a positividade da reação de Wassermann no liquor era um dos últimos sintomas da PGP a serem aniquilados pela malarioterapia, havendo, inclusive, casos nos quais ele não desaparecia completamente. Já quando a reação era conduzida no sangue, não se encontrava um padrão, como a *tendência* de negatização observada no líquido cefalorraquidiano. Por fim, as últimas reações humorais a manifestarem melhora eram as reações coloidais<sup>421</sup>.

O médico paraibano Aryoswaldo Espinola da Silva também ressaltava os resultados das reações coloidais demoravam a se negatizar e, por isso, poderiam constituir-se em uma evidência valiosa da eficácia atingida pelo tratamento palúdico. Os pacientes que levavam algum tempo para terem estes testes negativos tinham menos chances de uma recaída (ou seja, da doença voltar a se manifestar), enquanto que naqueles onde apenas desapareciam os sintomas clínicos a probabilidade deste imprevisto era maior. Como lembra Silva, em seu artigo publicado em 1931 nos Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle, o comportamento da hiperglobulinose era um fator controverso. Médicos como seu colega Waldemiro Pires e Wilhelm Weygandt acreditavam que essa desaparecia junto com linfocitose. Já Max Nonne era adepto de outra teoria: que este parâmetro modificava-se *apenas* após o *fim* da linfocitose e da hiperalbuminose. Silva concordava em parte com a ideia de Nonne, admitindo que, em alguns casos, a hiperglobulinose influenciava-se logo após a desapareção da alta taxa de linfócitos e de albumina. No entanto, frisa que sua negatização demandava tempo e que seu comportamento acabava por variar de paciente para paciente. Tanto Espínola quanto Pires acreditavam que o paralelismo entre a melhora dos sintomas clínicos e dos sintomas humorais só se fazia presente depois de cerca de um ano, e em alguns casos, isso não ocorria em momento algum. Este fenômeno, onde as manifestações clínicas desapareciam e as

---

<sup>421</sup> SILVA, A. E. Alterações de liquor nos paralíticos gerais malarizados. *Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle*, Rio de Janeiro, 1931, pp. 107-136, pp. 111-119; PIRES, W. Malarioterapia na paralisia geral. *op. cit.* pp. 80-86.

sorológicas perduravam, ou vice-versa, foi batizado por Waldemiro Pires e Hélión Póvoa de “dissociação clínico-humoral”. Tal evento indicava um prognóstico ruim e a necessidade de uma remalarização, segundo eles<sup>422</sup>.

Assim, a síndrome humoral, este conjunto de resultados considerados objetivos foi, aos poucos, sendo construída como um recurso ao qual recorriam, ou *deveriam* recorrer, sistematicamente, os psiquiatras. Segundo eles, a presença da mesma era capaz de identificar *laboratorialmente* (lê-se cientificamente) um caso de demência paralítica, já certas mudanças observadas em seus resultados poderiam sinalizar a melhora provocada pela administração da malarioterapia em determinados pacientes acometidos por tal enfermidade. Assim, o papel e a importância conferidos a tais exames reforçava que o dia a dia da medicina mental *também* contava com procedimentos técnicos, científicos, assim como as demais especialidades médicas<sup>423</sup>.

Seis anos mais tarde, Waldemiro Pires já havia acumulado diferentes dados provenientes do resultado da administração da malarioterapia, especialmente no Serviço de Neurosífilis do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle. Assim, em 1934, publicou um livro sobre a técnica. No segundo capítulo da obra, o autor descreve minuciosamente como o tratamento deveria ser conduzido e destaca sua preocupação com a escolha do material a ser inoculado. Afirmando que, naquele momento, havia unanimidade na eleição da terçã benigna para o tratamento, Pires escreve que muitas das mortes atribuídas à malarioterapia eram, na realidade, derivadas de infecções mistas e não do tratamento em si. Por isso, deveria se atestar a autenticidade do plasmódio transmissor da malária benigna e se manter uma cepa dele (cultura laboratorial) que houvesse sofrido muitas passagens, como aquela utilizada no SNHFGG (com 300 delas). De forma bem simplificada, o número de passagens diz respeito ao tempo durante o qual aqueles microrganismos estariam sendo cultivados em laboratório, ou seja, quanto mais passagens, “mais velha” é a cultura. Como veremos a seguir, este dado é muito importante, pois está ligado a uma das preocupações mais comumente manifestadas pelos médicos com relação à malarioterapia: o medo do desencadeamento de uma epidemia de malária.

Waldemiro Pires pesquisou estudos sobre o assunto e chegou à conclusão, como Jauregg, de que a malária chamada de artificial (transmitida através da malarioterapia) não era capaz de provocar a disseminação da doença. Neste momento já se sabia que contaminação do vetor ocorria quando o mesmo contraía as formas sexuadas do plasmódio, e que estas formas

---

<sup>422</sup> *Ibidem.*

<sup>423</sup> *Ibidem.*

sexuadas, chamadas esquizontes ou gametócitos, desapareciam nas culturas laboratoriais depois de certo tempo. Desta forma, uma cepa mais “velha” seria pobre em formas gaméticas do parasito, daí a necessidade de que o material sofresse um número grande de passagens antes de ser utilizado nas inoculações malarioterápicas. Assim, Waldemiro Pires defendia a ideia de que a transmissão da malária experimental de um doente impaludado para um mosquito anófeles ainda não contaminado só seria possível se o material empregado no tratamento fosse proveniente de uma cultura recente, não sendo esse o caso daquele utilizado no SNHFGG<sup>424</sup>.

Além disso, o autor discorre sobre aspectos relacionados aos acessos febris, como seu número necessário e a temperatura à qual deveria chegar o doente. Pires acreditava que o valor terapêutico da malarioterapia não residia no aumento da temperatura corporal em si, mas no estímulo conferido por ela ao sistema imunológico do doente para que ele pudesse combater com mais eficiência o treponema da sífilis. Dessa forma, para Pires, o número destes acessos deveria ficar entre oito e 12, tendo o paralítico, ao mesmo tempo, condições de se recuperar da infecção palúdica e de combater a sífilis. Dessa forma, mais do que 12 acessos febris já desgastariam muito o organismo do paciente, dificultando a recuperação de seu sistema imunológico<sup>425</sup>.

Sobre as complicações relacionadas à administração da técnica, Pires diz serem raras, e menciona como exemplos: problemas no fígado; no baço (segundo ele, menos comuns); nos rins; no coração; incômodos gastrointestinais e até o coma. É interessante destacar que o médico também administrava, em concomitância com a terapia palúdica, o que chamava de “opoterapia hepática”. De acordo com o neuropsiquiatra, esse era um tratamento para prevenir uma insuficiência do fígado eventualmente manifestada pelo pacientes, e estimular seus órgãos hematopoiéticos (produtores de células sanguíneas). Pires destaca ainda que sinais deste tipo de problema e/ou de falência renal constituíam-se como evidências mais do que suficientes para se interromper de imediato a infecção palúdica com o quinino. Além disso, o médico menciona a necessidade de uma atenção especial com o coração, pois este órgão era muito sobrecarregado durante os acessos febris, aconselhando, assim, a utilização de tônicos, de medicamentos analépticos (estimulantes) e as aferições constantes do pulso e da pressão. Além de Pires, outros doutores também manifestavam sua consciência sobre eventuais

---

<sup>424</sup> PIRES, W. Técnica da Malarioterapia. *op. cit.* pp. 45-50.

<sup>425</sup> *Ibidem.* p. 19-28.

acidentes decorrentes da malarioterapia e forneciam uma série de diretrizes para que se procurasse ao máximo evita-los<sup>426</sup>.

Nos casos em que as crises febris cessavam espontaneamente antes que ocorressem em número suficiente para produzir o efeito salutar sobre a paralisia geral progressiva, era necessário fazer uso de certos métodos para que essas voltassem a se manifestar. Pires cita, então, a utilização de injeções de adrenalina, de nucleinato de sódio, de solução de cloreto de cálcio e até da irradiação de Roentgen no baço. No entanto, o médico optava por utilizar, em seus pacientes, injeções de Sulfosin. Quando a utilização destas ferramentas falhasse, a malária deveria ser inoculada novamente. Para debelar a infecção malárica, os médicos atuantes no SNHFGG também tinham seu protocolo próprio e que se diferenciava daquele adotado em Hamburgo e em Viena. Pires e seus colegas optavam pelo bicloridrato de quinina ou o nacional Paludan, ao invés do bissulfato de quinina, utilizado nas duas instituições estrangeiras. Além disso, as doses administradas também eram diferentes e, depois do quinino, os médicos da FGG empregavam o Salvarsan combinado com medicações tônicas, na tentativa de estimular a recuperação do estado geral do paciente<sup>427</sup>.

Pires alerta, ainda, sobre algumas contraindicações da terapêutica, frisando que esse não deveria ser administrado em pacientes com sobrepeso, com problemas nos rins, coração ou fígado, em casos de anemia intensa, em alguns tipos de tuberculose, em indivíduos com diabetes ou idade avançada, e, por fim, chama atenção para o seguinte fato: “O tratamento da paralisia geral pela malária só deverá ser feito por um profissional que esteja identificado com o método, conhecendo-o *perfeitamente*, sob o ponto de vista *clínico* e *parasitológico*.”<sup>428</sup>. Assim, as palavras de Pires constituem uma primeira evidência de que haveria uma relação de parceria laboral entre os médicos praticantes da malarioterapia e parasitologistas especialistas em malária, também no Rio de Janeiro.

Apesar de não possuímos mais informações sobre a potencial colaboração entre psiquiatras e parasitologistas, as fontes nos fornecem indícios do estabelecimento deste tipo de relação entre os primeiros e dermatossifilógrafos. Em seu livro, Pires cita uma série de especialistas adeptos e praticantes da malarioterapia, entre eles, além de muitos psiquiatras e neurologistas<sup>429</sup>, estavam dois importantes sifilógrafos: Eduardo Rabello, diretor geral da

---

<sup>426</sup> *Ibidem*. pp. 29-33; COSTA, M.; BARROS, C. Contribuição ao estudo da malarioterapia. *Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle*, Rio de Janeiro, v. 8, 1938, pp. 181-196.

<sup>427</sup> PIRES, W. Técnica da Malarioterapia. *op. cit.* pp. 33-38.

<sup>428</sup> *Ibidem*. p. 59. Grifos meus.

<sup>429</sup> Henrique Roxo, Antônio Austregésilo, Enjolras Vampré, Antônio Carlos Pacheco e Silva, Pedro Pernambuco Filho, Ulysses Viana, Adauto Botelho, Waldemar Schiller, Mathias Costa. PIRES, W. Técnica da Malarioterapia. *op. cit.* p. 62.

IPLDV, um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Dermatologia e professor de clínica dermatológica da FNM, e Gilberto de Moura Costa, dermatologista do HNA, diretor do ambulatório Afrânio Peixoto e do HFGG. Tanto Moura Costa quanto Rabello tornaram-se membros da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal no período entre 1916 e 1924, o que constitui-se como uma evidência da aproximação entre ambas especialidades, aproximação essa que, provavelmente, foi mediada pela paralisia geral progressiva. Tendo sua origem sífilítica consensualmente aceita, a doença passou a também ser um objeto de interesse dos sífilógrafos que, ao fazerem parte da SBNPML, frequentando seus eventos e reuniões, conseguiam discutir casos da afecção, expondo suas opiniões, os estudos desenvolvidos acerca do tema e estabelecendo, assim, eventuais parcerias acadêmicas<sup>430</sup>.

Não tivemos contatos com trabalhos publicados por Eduardo Rabello acerca do tratamento palúdico, somente dispomos da afirmação feita por Waldemiro Pires de que este era um “partidário da malarioterapia”<sup>431</sup>. Porém, no volume dos AFGG referente ao ano de 1929, Pires e o Dr. Gilberto M. Costa publicaram um artigo juntos, falando sobre a utilização da infecção palúdica no tratamento da tabes. Desta forma, acreditamos que a técnica tenha consistido em mais um elemento que fomentou a aproximação entre os profissionais das áreas da medicina mental e da dermatossifilografia. Constituindo-se como um objeto de fronteira, a malarioterapia era capaz de reunir nestes artigos científicos o conhecimento produzido a partir das apropriações sobre a mesma realizadas por dois campos do conhecimento distintos, apropriações estas que certamente se complementavam<sup>432</sup>.

Segundo Pires, haviam sido tratados, até 1934, no Serviço de Neurosífilis do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle mais ou menos 350 paralíticos com este método, obtendo-se assim, entre os resultados *clínicos*, 35% de remissões completas (consideradas curas clínicas) e 15% de incompletas. As informações sobre casos que permaneceram estacionários, aqueles que pioraram ou pacientes que foram a óbito não são fornecidas pelo autor. Ao registrar estes números, Pires ressalta que as estatísticas obtidas por ele e seus colegas não eram comparáveis com aquelas encontradas por outros médicos:

As estatísticas não são absolutamente comparáveis, porque a percentagem das remissões depende: 1º - dificuldade em se apreciar o valor

---

<sup>430</sup> CERQUEIRA, E. C. B. A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *op. cit.* p. 199.

<sup>431</sup> PIRES, W. Técnica da Malarioterapia. *op. cit.* pp. 45-50.

<sup>432</sup> COSTA, G. M.; PIRES, W. Malarioterapia na tabes. *Arquivos da Fundação Gaffrée e Guinle*, Rio de Janeiro, v. 2, 1929, pp. 5-14.



das remissões e estabelecer um termo de comparação, entre os casos de uma afecção, em que predomina uma síndrome mental variável em cada doente; 2º - diferença de antiguidade da afecção, relativamente ao início do tratamento; 3º - impossibilidade de estabelecer uma comparação, entre os doentes observados na clínica privada e os doentes hospitalizados<sup>433</sup>.

Mais uma vez, ressaltamos que o presente trabalho não pretende defender a eficácia da malarioterapia e/ou a legitimidade da aplicação do método sobre qualquer princípio ético. No entanto, como também já mencionado, é importante levar em consideração que preocupações teórico-metodológicas inerentes ao rigor de experimentos científicos já eram manifestadas por alguns médicos, nesta época. De fato, os protocolos estabelecidos nos dias atuais ainda não estavam em voga, mas existia, ao menos na concepção de alguns cientistas, a consciência de que certos parâmetros não poderiam ser comparados. Pires *sabia* que os resultados obtidos por diferentes médicos com a malarioterapia não eram comparáveis, exatamente, porque as o perfil das remissões variava muito entre os próprios pacientes, e tal comportamento acabava por dificultar o estabelecimento de uma padronização para essas. Em outras palavras, estes graus de melhora constituir-se-iam como medidas subjetivas e, portanto, de improvável contraposição entre si. A identificação desta multiplicidade por alguns estudiosos do assunto foi apenas o primeiro passo para que esses fizessem dessa uma questão de discussão, tratando suas conclusões sobre as melhoras provocadas pela malarioterapia na demência parálitica com mais cautela<sup>434</sup>.

Além disso, o neuropsiquiatra paraibano também percebia, através dos seus e de outros estudos, que o tratamento, de fato, surtia efeitos e provocava riscos diferentes em pacientes que apresentavam a paralisia geral progressiva em estágios mais e menos avançados. Segundo ele, os melhores resultados se davam nos casos iniciais, nas formas expansivas e demenciais simples. Um prognóstico duvidoso era característico de casos avançados e das formas galopante, juvenil e senil. Dessa maneira, de fato não havia aleatoriedade na escolha dos doentes que seriam ou não tratados, o que (mais uma vez) *sabia-se*, impedia a comparações de resultados. Uma vez que a malarioterapia era admitidamente perigosa, é razoável que pensemos na relutância dos médicos adeptos da técnica em arriscar, por exemplo, sua carreira, submetendo à terapêutica, pacientes que poderiam sucumbir a ela<sup>435</sup>.

---

<sup>433</sup> PIRES, W. Malarioterapia na paralisia geral. *op. cit.* p. 63.

<sup>434</sup> *Ibidem.* pp. 61-94.

<sup>435</sup> *Ibidem.*

Para Waldemiro Pires, a remissão perene, ou cura, estava diretamente ligada à capacidade de readaptação social do paraplégico, bem como da recuperação de suas capacidades profissionais. Acreditamos que esta posição do médico esteja relacionada, em muito, com uma tentativa de demonstrar que os conhecimentos produzidos pela área da psiquiatria e, conseqüentemente, seus profissionais eram componentes imprescindíveis na luta contra as afecções sífilíticas do sistema nervoso. Essas moléstias, e especialmente a paralisia geral progressiva, incapacitavam homens e mulheres, antes saudáveis, causando não somente desfalque na mão-de-obra disponível na Capital Federal, mas também um ônus financeiro, a partir do momento que estes pacientes crônicos tornavam-se internos eternos nas instituições de saúde mental bancadas pelo Estado<sup>436</sup>.

Outro ponto interessante destacado por Pires é a diferença nos resultados terapêuticos da malarioterapia quando administrada em homens e em mulheres. O tratamento parecia surtir efeitos mais completos e frequentes nos indivíduos do sexo masculino e o médico atribuía isso ao fato de que, segundo ele, grande parte das mulheres costumava chegar aos hospitais psiquiátricos com a doença muito avançada. É provável que isso de fato ocorresse por conta do receio de se expor, manifestado por muitos indivíduos, especialmente aqueles do sexo feminino. Sérgio Carrara destaca, em sua obra, que esta “vergonha” constituía-se como um dos maiores inconvenientes para o combate à sífilis em todo o país:

Algumas classes de doentes pareciam ser especialmente sensíveis ao estigma da doença. No início dos anos [19]20, ao comentar as estatísticas de Belém relativas às *doenças venéreas*, Hilário Gurjão [...] chamava atenção para a demora na busca de recursos médicos, principalmente entre as mulheres casadas. As razões eram óbvias. Segundo diz, além “da inexperiência de muitas esposas, desconhecedoras dos males venéreos”, estava indubitavelmente “o acanhamento que muitas senhoras têm de consultar o médico, para essa doença que reputam vergonhosa.”<sup>437</sup>.

Pires destaca, por fim, a importância de não se antecipar as previsões sobre os efeitos da malarioterapia. Segundo ele, seis meses eram necessários para se avaliar a necessidade de uma remalarização, que, por sua vez, geralmente, surtia resultados positivos. Pires escreve que em remissões de mais de dois anos não havia possibilidade de recaídas, e conclui: “A malarioterapia tem dado provas brilhantes de sua eficiência, provocando remissões completas

---

<sup>436</sup> *Ibidem*.

<sup>437</sup> CARRARA, S. A difícil medicalização do mal. *op. cit.* p. 136.

de 30% a 40%, que podem ser consideradas como verdadeiras curas clínicas.”<sup>438</sup>. Aqui temos outro elemento que pode parecer óbvio, mas que ratifica a tamanha expectativa que se depositou na malarioterapia, especialmente por aqueles que atuavam no campo da psiquiatria. A prática de malarizar pela segunda ou terceira vez um doente evidencia não somente a crença que muitos médicos mantinham sobre o efeito salutar do tratamento, mas também o ímpeto de construir um método genuinamente científico que legitimasse e fomentasse suas reivindicações. Em outras palavras, o fato de se submeter o doente a um tratamento delicado mais de uma vez, sabendo que isso poderia acarretar imprevistos e acidentes, representava acreditar mais nos benefícios que o mesmo poderia fornecer para os enfermos e para a área do conhecimento em questão, do que nos desdobramentos catastróficos potencialmente gerados para ambos.

Além dos sintomas clínicos e humorais, alguns autores defendiam que a malarioterapia também provocava melhoras no quadro anatomopatológico da demência paralítica, como já apontado. As pesquisas empenhadas em evidenciar que a técnica era capaz de curar as lesões no tecido cerebral causadas pela invasão do *Treponema pallidum*, ao que nos parecem, encontravam-se em curso, na década de 1930. Waldemiro Pires e Aryoswaldo Silva, cada um em seu trabalho, citam um estudo conduzido por Alfons Jakob cujas evidências apontavam para uma influência positiva da malária sobre este quadro, já que a infecção palúdica parecia estimular uma reação inflamatória no tecido cerebral, desencadeando uma resposta imunológica curativa destas lesões. Quando o paciente ia a óbito, por motivos considerados alheios ao tratamento e após o estabelecimento de algum grau de remissão, era possível observar que a anatomia do tecido cerebral encontrava-se com características muito próximas àquelas normais, o que era tido como mais um indício de que a malarioterapia auxiliava a recuperação desta região<sup>439</sup>.

Retomando as considerações de Cynthia Tsay, o fato de Wagner-Jauregg classificar a malarioterapia como um *tratamento específico* possuía um valor substancialmente retórico, apesar de seu mecanismo de ação permanecer, em grande parte, obscuro, inclusive para seu idealizador. Promover a ideia de que os psiquiatras eram capazes de desenvolver terapêuticas que agiam *diretamente* na “raiz do problema”, nas lesões orgânicas geradas pelo agente etiológico da doença, era importante para o campo do conhecimento em questão, pois fomentava a caracterização da psiquiatria como, de fato, uma *ciência médica*. A terapia

---

<sup>438</sup> PIRES, W. Malarioterapia na paralisia geral. *op. cit.* p. 65. Pires fala em “curas clínicas”, porque, como já mencionado, havia casos nos quais a síndrome humoral não cedia ao tratamento, mas os sintomas clínicos sim.

<sup>439</sup> *Ibidem.* pp. 86-94; SILVA, A. E. Alterações de liquor nos paralíticos gerais malarizados. *op. cit.* pp. 119-121.

palúdica constituiu-se como a primeira técnica terapêutica que parecia preencher tal quesito, por isso considera-la como *específica* era tão importante<sup>440</sup>.

Porém um fato é curioso. Diferentemente de Wagner-Jauregg, Waldemiro Pires referia-se à malarioterapia como um tratamento não específico, a princípio. Acreditamos que este posicionamento do neuropsiquiatra pudesse estar ligado às suas tentativas de aplicar a técnica em outras doenças mentais e não apenas à demência paralítica. Porém, ao manifestar seu entendimento sobre o mecanismo de ação desta terapêutica, Pires menciona precisamente as características elencadas por Wagner-Jauregg na defesa de um neurotropismo da infecção palúdica. São elas: a influência do tratamento sobre as reações diagnósticas verificadas no líquido cefalorraquidiano que não respondiam aos demais tratamentos específicos; sua eficiência na interrupção dos processos de lesão cerebral, mas que não se manifestava sobre o possível aparecimento de novas lesões na pele; sua capacidade de desencadear reações inflamatórias intensas no tecido nervoso etc<sup>441</sup>. Assim, nos parece que o termo *inespecificidade* para Pires estivesse ligado à possibilidade de ampla utilização da técnica e não fazendo referência a uma capacidade de ação inespecífica da malarioterapia. Para ele a infecção palúdica também era capaz de agir sobre as lesões provocadoras de outras afecções mentais, e não somente sobre aquelas relacionadas à PGP.

À medida que se desenrolavam, então, os estudos sobre a melhor forma de se administrar a malarioterapia, sobre seus resultados, contraindicações etc era de se esperar que se começasse a observar fatos novos ligados ao tratamento em questão. Um deles era bastante polêmico e dizia respeito a efeitos colaterais mais ou menos frequentes, observados por alguns médicos, e que foram batizados de psicoses pós-maláricas. De acordo com Wademiro Pires, que se ocupou desta questão na segunda metade de seu livro, o primeiro a mencionar estas psicoses na literatura foi o neurologista austríaco Josef Gerstmann, em 1921. Gerstmann trabalhou na Clínica Psiquiátrica de Viena e, em princípios da década de 1920, sua atenção se voltou para tais manifestações alucinatórias, posteriormente acreditadas decorrentes da malarioterapia e classificadas por ele em: confusional, alucinatória, esquizofrênica, catatônica, maníaco-depressiva e reivindicadora<sup>442</sup>.

---

<sup>440</sup> TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *op. cit.* p. 250.

<sup>441</sup> PIRES, W. Mecanismo de ação. *In Malarioterapia na Sífilis Nervosa*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1934, pp. 95-106.

<sup>442</sup> PIRES, W. Psicoses pós-malarioterápicas. *In Malarioterapia na Sífilis Nervosa*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1934, pp. 159-177.

Josef Gerstmann: estudou medicina na Universidade de Viena, se graduando em 1912. Durante a Primeira Guerra Mundial serviu como oficial sanitário e, em seguida, trabalhou na Clínica Psiquiátrica de Viena. Depois

Pires, que preferia o termo “psicoses pós-malarioterápicas” ao invés de “psicoses pós-maláricas”, destaca que, provavelmente, estas manifestações foram primeiramente consideradas raras não porque não existissem até certo momento, mas porque passavam despercebidas aos olhos de muitos médicos. O neuropsiquiatra explica que estes efeitos colaterais mentais eram transitórios em alguns casos, porém, em outros, tornavam-se crônicos podendo desencadear reações antissociais: “A relativa frequência e a persistência de tais psicoses parece constituir um dos principais inconvenientes da malarioterapia.”, concluía Pires, já que essas prolongavam o período de internação dos doentes e seu tratamento era complicado<sup>443</sup>. O médico relata que outras terapêuticas, como a tuberculioterapia, o tratamento com a vacina tífica, com o estovarsol e com o sulfarsenol também podiam causar estes efeitos, porém, eles eram mais frequentes após a administração da malarioterapia, especificamente. As estatísticas dos pacientes acometidos por tal empecilho variavam bastante e Pires menciona números que vão de 5% (obtido por ele e seus colegas) a 18%<sup>444</sup>.

As psicoses geralmente apareciam após o início do tratamento e dificultavam a reinserção social do doente. Pires se perguntava por que alguns pacientes apresentavam este quadro e outros não, atribuindo esta falta de padrão a uma predisposição hereditária. O psiquiatra menciona a potencial existência de “tendências psicológicas” ou de uma “constituição mental preexistente” à malária ou à paralisia geral, que levariam à manifestação dos delírios. Assim, o médico discordava da ideia do paludismo crônico exposta por alguns autores, convictos de que tais casos de psicose se manifestavam em pacientes que não haviam sido completamente curados da malária. Pires dizia que esta hipótese estaria equivocada pelos seguintes motivos: em primeiro lugar, segundo ele, havia muitos pacientes que, após a malarização e posterior tratamento com o quinino, não manifestavam mais sinais de malária e nem tinham plasmódios encontrados em seu sangue, mas, por outro lado, apresentavam o quadro psicótico. Segundo, que estas psicoses não faziam parte da sintomatologia *clássica* da malária. Terceiro, que as mesmas não se manifestavam quando a malarioterapia era utilizada para o tratamento de outras doenças mentais. Quarto, que elas podiam se apresentar igualmente depois de outros tratamentos empregados na paralisia geral, como já mencionado.

---

de se tornar professor, ocupou a cadeira da chefia do Instituto Neurológico Maria-Theresien-Schlössel, localizado em Viena no ano de 1930. Gerstmann era judeu e, em 1938, emigrou para os Estados Unidos, indo trabalhar primeiramente no *Springfield Ohio State Hospital*. De 1940 a 1941 trabalhou como assistente de pesquisas e neurologista no *St. Elisabeth Hospital* em Washington. Em 1941 se mudou para New York tornando-se pesquisador associado no Instituto Neurológico de Nova York e neuropsiquiatria atendente no Goldwater Memorial Hospital.

<sup>443</sup> *Ibidem*. p. 160.

<sup>444</sup> *Ibidem*.

E, por fim, em quinto lugar, o tratamento com o quinino, capaz de curar o paludismo, não curava as psicoses pós-malarioterápicas<sup>445</sup>.

Além disso, Waldemiro Pires dizia também discordar daqueles autores que atribuíam a alta frequência de manifestação das psicoses à malarioterapia praticada a partir da picada do mosquito anófeles, pois o próprio médico, que não era adepto deste método, já havia observado estes efeitos colaterais em alguns de seus pacientes. Por fim, sobre o prognóstico frente a estas manifestações, Pires também possuía suas próprias opiniões e que se diferiam daquelas defendidas por Josef Gerstmann. O neurologista austríaco acreditava que a presença do tipo *alucinatorio* das psicoses pós-malarioterápicas indicava um prognóstico favorável, no qual ocorreria a estabilização da doença mental, pois para ele tal distúrbio havia sido provocado pela administração insuficiente da terapêutica. Pires não concordava com esta hipótese e argumentava que em alguns casos as psicoses poderiam tornar-se crônicas, mesmo após um tratamento enérgico. O pesquisador brasileiro, então, conclui:

A evolução para a cronicidade, que felizmente é pouco frequente, constitui um os inconvenientes do método de Wagner von Jauregg, bem maior que os riscos vitais ocasionados pela própria malária. A despeito deste inconveniente, não devemos deixar de indicar a malarioterapia nos casos de paralisia geral, por ser o tratamento mais eficiente, provocando remissões completas, e nas formas iniciais, os resultados são tão brilhantes, a ponto de em muitos casos, poder-se falar em cura, pela volta à atividade profissional<sup>446</sup>.

É interessante perceber que Pires enxergava as psicoses pós-malarioterápicas como um inconveniente maior do que o óbito dos pacientes, o que é algo dramático. Afinal, o que poderia ser pior do que a morte? Acreditamos que este posicionamento do neuropsiquiatra possa estar ligado a um fator prático e numérico: as estatísticas de óbito obtidas por Waldemiro Pires eram as menores conhecidas (4%), ao menos no Brasil, sendo ampla e orgulhosamente mencionadas por seus pares conterrâneos. Não conseguimos obter informações sobre a eventual projeção internacional desta estatística, o que seria notável, mas que demandaria maior pesquisa em periódicos estrangeiros. Contudo, sabemos que o coeficiente produzido pelo paraibano era menor do que quaisquer outras das muitas estatísticas importadas *conhecidas* pelos médicos brasileiros. Assim, a morte dos pacientes malarizados parecia ser uma realidade distante para Pires, o que pode ter influenciado na formação desta opinião. Henrique Roxo reverencia o colega, colocando suas observações ao

---

<sup>445</sup> *Ibidem.* pp. 171-174.

<sup>446</sup> *Ibidem.* p. 177.

lado daquelas realizadas por Jauregg e outros estrangeiros, na 4ª edição de seu “Manual de Psiquiatria”, publicada em 1946: “No Brasil Médico, de 17 de agosto de 1935, o Dr. Waldemiro Pires apresentou a sua estatística mais moderna, de 412 malarizados, com 35% de remissões completas, 15% de incompletas, 10% de melhoras leves, 36% imutáveis e 4% de mortes.”<sup>447</sup>.

Forte adepto da terapêutica palúdica, como vimos até agora, Waldemiro Pires acreditava também no poder profilático da mesma:

Tendo conseguido *triumfar* na paralisia geral, principalmente nas formas iniciais, era natural que a malarioterapia, fosse empregada também para fazer a sua profilaxia. Todo sífilítico pode ser um candidato à paralisia geral; por isso, é fácil calcular a imensidade do perigo a que estão expostas as vítimas desta infecção e a necessidade de utilizar os meios seguros para evitar as suas funestas consequências<sup>448</sup>.

A passagem acima deixa transparecer a expectativa de Pires quanto à extensão do efeito benéfico que ele acreditava residir na malarioterapia e à expansão da aplicação desta técnica. O médico, que era um grande defensor da aplicação profilática da infecção palúdica, pensava constantemente em quais seriam os fatores envolvidos na transformação ou não de um sífilítico em um paralítico. Afinal, nem todos os indivíduos que eram acometidos pela sífilis se tornavam portadores da PGP. Pires menciona que alguns autores acreditavam na existência de uma forma do treponema que seria especificamente afim ao sistema nervoso (chamada de vírus neurotrópico) e que transmitiria especificamente a *neurossífilis*, contudo, em sua opinião, essa seria uma visão inaceitável. Outros se baseavam em uma ideia complexa que envolvia a origem embrionária ectodérmica comum entre a pele e o sistema nervoso central. As reações cutâneas intensas provocadas pela infecção luética desencadeariam uma alta produção de anticorpos aumentando a imunidade daquele indivíduo e, conseqüentemente, protegendo precocemente seu tecido nervoso de sofrer lesões. Nos casos onde as manifestações na pele fossem escassas, a quantidade de anticorpos produzidos contra a infecção sífilítica não seria suficiente para impedir que a mesma alcançasse o sistema nervoso. Para o médico, o tratamento inadequado era uma frequente causa da evolução de estágios iniciais da sífilis para suas formas nervosas, pois além da medicação incorreta não

---

<sup>447</sup> ROXO, H. B. B. Paralisia geral. In *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 4ª edição, 1946, pp. 340-365, p. 360.

<sup>448</sup> PIRES, W. Profilaxia da paralisia geral pela malarioterapia. In *Malarioterapia na Sífilis Nervosa*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1934, pp. 179-196, p. 179. Grifo meu.

bastar para debelar a infecção, também impedia a posterior eficácia da medicação específica. Pires menciona outras hipóteses e conclui: “Para a formação de uma doença meta-luética do sistema nervoso é mister uma série de fatores, nem todos ainda inteiramente conhecidos.”<sup>449</sup>.

Assim, o neuropsiquiatra pernambucano admite que evitar a infecção sifilítica seria a profilaxia ideal para a demência paralítica, no entanto, em casos onde isso não fosse possível, dever-se-ia tratar a primeira energicamente. No entanto, Pires defendia que os compostos arsenicais e bismúticos, mesmo em associação, nem sempre eram capazes de impedir o surgimento da PGP. Josef Kyrle, colega de Wagner-Jauregg, foi o primeiro pesquisador a empregar a malarioterapia profilática. Kyrle tratou um paciente com a infecção palúdica seguida da terapêutica específica e suas reações no liquor tornaram-se negativas, ao passo que, em indivíduos tratados intensivamente apenas com a medicação arsenical e bismútica não houve modificação nestas reações. Pires malarizou dois pacientes de lues nervosa *sem sintomas clínicos* que deram entrada no SNHFGG e reportou melhora na síndrome humoral dos doentes. No entanto, o médico destaca: “A aplicação do método ainda é muito recente para autorizar conclusões definitivas. O que se pode dizer atualmente é que nem um das centenas de casos de sifilíticos tratados por Kyrle profilaticamente foi enviado à Clínica psiquiátrica como paralítico geral.”<sup>450</sup>.

Pires julgava que a malarioterapia somente deveria ser prescrita nos casos onde “[...] se observam alterações no liquor ou nos casos de Wassermann positivo no sangue e irreduzível ao tratamento específico.”<sup>451</sup>. Já Aryoswaldo Espinola Silva tinha uma opinião diferente: o conterrâneo de Waldemiro Pires acreditava que a malarioterapia profilática deveria ser realizada: “Também nos sifilíticos antigos cujo Wassermann é negativo e o liquor se apresenta normal.”<sup>452</sup>. No entanto, havia pesquisadores que eram contra esta prática, recorrendo, de forma argumentativa, a casos de sifilíticos que haviam contraído a malária naturalmente e não deixaram de desenvolver a demência paralítica. Ainda que partilhasse da ideia de que a malária inoculada e a naturalmente adquirida tinham eficácias diferenciadas – sendo a primeira mais eficiente em termos terapêuticos, pois apenas ela era capaz de modificar completamente as alterações humorais – Pires rebatia esta colocação, citando estudos que diziam respeito às zonas tropicais, onde a incidência de sífilis era muito alta, porém, a de paralíticos gerais não. Assim, o autor concordava com a atribuição deste baixo índice da PGP à alta ocorrência de malária e outras doenças típicas destas regiões:

---

<sup>449</sup> *Ibidem.* p. 183.

<sup>450</sup> *Ibidem.* p. 189.

<sup>451</sup> *Ibidem.*

<sup>452</sup> SILVA, A. E. Alterações de liquor nos paralíticos gerais malarizados. *op. cit.* p. 122.



Ormea, Bchdjid e Chaliier, Kirchner e von Loon, Kraepelin, Hauer, Loberg são acordes em proclamar que nas zonas tropicais e subtropicais a paralisia geral é rara, mau grado o coeficiente elevado de sífilis, porque as infecções de tipo palúdico, recorrente e muitas outras, contraídas em anos anteriores, preservariam o organismo de uma invasão nervosa, criando uma imunidade especial<sup>453</sup>.

Como já mencionado, e apesar de ter seu efeito reconhecido como salutar por muitos médicos, o mecanismo através do qual os admitidos beneficiados provenientes da malarioterapia se estabeleciam era obscuro. Em outras palavras, os pesquisadores não conseguiam entender com precisão porque a terapia palúdica produzia resultados que não eram observados com as demais piretoterapias. Juliet Hurn levanta uma questão interessante em seu trabalho: para a autora, o fato de a malarioterapia ter sido considerada um tratamento eficaz por muitos médicos, especialmente psiquiatras, reside, em grande parte, em seus resultados práticos. Na Grã-Bretanha, foi considerável o número de pacientes que receberam alta das instituições de saúde mental, livrando-se de um destino fatal ou de demência perene: “A malarioterapia produziu resultados imediatos e práticos: enfim, pacientes que [antes] estariam morrendo rapidamente, passaram a ser liberados dos cuidados do asilo.”<sup>454</sup>. Assim, Hurn conclui que *observar* o que seriam consideradas as melhoras provenientes da malarioterapia e, conseqüentemente, conceder a alta a estes pacientes era mais significativo para os paradigmas experimentais, dos quais eram partidários os médicos da época, do que estabelecer rigores científicos para interpretar estes resultados. Concordamos em parte com esta afirmativa, pois, como foi discutido anteriormente, a *total* falta de preocupações, por parte dos pesquisadores, com questões metodológicas referentes aos casos tratados pela malarioterapia não reflete a realidade, ao menos carioca.

Contrapondo a visão de Hurn, temos o trabalho de Gustavo Tarelow, que encontrou um número de óbitos, advindos da terapia palúdica, maior do que o percentual de pacientes que deixaram o Hospício do Juquery com ou sem alta<sup>455</sup>. Não conseguimos nos posicionar sobre a postura assumida em relação a este aspecto por parte dos psiquiatras atuantes no Rio de Janeiro, porque não tivemos acesso às estatísticas sobre a saída dos paráliticos das instituições aqui analisadas. Este certamente seria um dado que enriqueceria os estudos sobre

---

<sup>453</sup> *Ibidem*. p. 191.

<sup>454</sup> HURN, J. D. The history of the general paralysis of the insane in Britain. *op. cit.* p. 211. No original: “Malaria therapy gave instant, practical results: patients, after all, who would normally rapidly die were being discharged from the care of the asylum.”. Tradução minha.

<sup>455</sup> TARELOW, G. Q. Entre febres, comas e convulsões. *op. cit.* p. 155.

a malarioterapia na Capital Federal. Contudo, para alguns médicos a classificação “cura” estava, em grande medida, associada ao retorno do doente à sua vida social, como já mencionado. Assim, podemos pensar que, quando se contabilizava um paciente entre os “curados”, este havia sido dispensado da instituição asilar na qual se encontrava internado. Logo, existe a possibilidade de que as porcentagens de “cura” reflitam em certa medida a quantidade de altas fornecidas com a administração da malarioterapia. Caso isso tenha se dado de tal modo, aí sim, temos uma parcela considerável de altas.

Apesar dos acidentes, da falta de compreensão total sobre o mecanismo de atuação do plasmódio, de certos efeitos colaterais indesejados, dos riscos oferecidos pela técnica entre outros obstáculos, percebemos que, durante mais ou menos 40 anos, a malarioterapia fora insistentemente considerada o melhor tratamento para a demência paralítica, por grande parte dos psiquiatras que atuava no Rio de Janeiro:

Até há pouco tempo, o diagnóstico de paralisia geral progressiva importava numa sentença de morte *inapelável*, por ser a sua incurabilidade, um *dogma* da psiquiatria.

[...] O magnífico método de Wagner-Jauregg *revolucionou completamente* a concepção clínica da paralisia geral, revogou o dogma da incurabilidade e aboliu o epíteto de progressiva.

Na clínica psiquiátrica de Viena, os paralíticos gerais são sistematicamente malarizados, contando quase 3.000 doentes tratados e os resultados são superiores aos demais conhecidos na terapêutica da paralisia geral.

Os autores que têm aplicado a malária na paralisia geral afirmam, *sem discrepância*, que o resultado *supera* qualquer outro método de tratamento<sup>456</sup>.

Esta passagem evidencia, mais uma vez, a modificação produzida pela malarioterapia na percepção dos médicos sobre o prognóstico da paralisia geral progressiva. Mais uma vez, muitos psiquiatras acreditavam que o tratamento palúdico trazia consigo a esperança do retorno dos paralíticos à sua vida social e profissional. Os doentes ditos curados, e que deixavam de ser vistos como moribundos, estavam agora libertos do “mal venéreo”, tornando-se eventualmente um elemento ao qual poderiam recorrer os doutores a fim de fomentar a legitimação de sua psiquiatria como uma *ciência*.

---

<sup>456</sup> PIRES, W. Malarioterapia na paralisia geral. *op. cit.* pp. 61-62. Grifos meus.

### 3.4 – A introdução da penicilina no tratamento da paralisia geral progressiva

Em 1938, Adauto Botelho assumiu como diretor da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal e criou o Serviço Nacional de Doenças Mentais. A Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, já rebatizada de Colônia Gustavo Riedel, passou por novas modificações, sendo, então, chamada de Centro Psiquiátrico Nacional e substituindo o Hospital Nacional de Alienados. A transferência de grande parte dos serviços e atendimentos do HNA para o CPN foi concluída em 1943, restando no terreno da antiga Praia da Saudade apenas o Pavilhão de Observações (rebatizado de Instituto de Psicopatologia) e o Instituto de Neurosífilis (hoje chamado de Instituto Philippe Pinel)<sup>457</sup>.

Em 1956, é publicado um artigo nos Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria que se intitulava “Tratamento da paralisia geral pela penicilina” e era assinado pelo doutor Ari Borges Fortes, neste momento, então diretor do Hospital de Neurosífilis do CPN e catedrático de Clínica Neurológica da Universidade do Brasil. O médico inicia o texto com a seguinte afirmação:

Com a intenção de apurar *pessoalmente* a extensão e a profundidade dos efeitos da penicilinoterapia nos mais variados casos de sífilis do sistema nervoso passamos a empregar nos doentes internados no Hospital de Neurosífilis do Rio de Janeiro esta medicação antibiótica<sup>458</sup>.

No entanto, no trabalho em questão, o pesquisador se ateve apenas aos resultados obtidos com este tratamento na paralisia geral: “[...] enfermidade cuja difícil cura tem desafiado a paciência, a pertinácia e o aprimoramento da técnica terapêutica de psiquiatras e neurólogos, nesta primeira metade do século XX.”<sup>459</sup>. Os 64 pacientes analisados manifestavam diferentes formas da paralisia geral e foram divididos em três grupos. O primeiro, composto por seis indivíduos com idade entre 34 e 62 anos foram submetidos a um tratamento combinado: malarioterapia e mais 10 milhões de unidades (U) de Penicilina G procaína. Alguns deles já haviam sido tratados com outras medicações específicas, como compostos bismúticos, arsenicais e iodados, e o tempo durante o qual se encontravam mentalmente doentes variava entre um e seis meses. O segundo grupo, composto por 28

---

<sup>457</sup> FACCHINETTI, C.; RIBEIRO, A.; CHAGAS, D. C.; REIS, C. S. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2010, pp. 733-768, p. 735; VENÂNCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia. *op. cit.* p. 44.

<sup>458</sup> FORTES, A. B. Tratamento da paralisia geral pela penicilina. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, pp. 23-48, p. 23. Grifo meu.

<sup>459</sup> *Ibidem*.

doentes, que tinham entre 21 e 65 anos, foi tratado apenas com a penicilina, recebendo 10 milhões de U de Penicilina G procaína em 10 dias, um milhão por dia, em um injeção intramuscular. O tempo da doença variava entre um mês e cinco anos. Por fim, o terceiro grupo era composto por 30 doentes, que tinham entre 35 e 56 anos de idade, e já sofriam das manifestações nervosas da sífilis por período que variava entre quatro meses e um ano. Esses foram tratados com uma dose total de 17.200.000 U de dois tipos diferentes de penicilina divididas em 10 dias<sup>460</sup>.

Dos seis doentes tratados combinadamente, três melhoraram evidentemente do ponto de vista clínico, um não teve seu quadro alterado e os outros dois pioraram dos sintomas mentais. O neurologista defendia, assim, que o tratamento combinado era mais vantajoso do que apenas a malarioterapia, em termos dos resultados clínicos observados. O médico explica que batizou o esquema através do qual tratou o segundo grupo de T-5, pois esse seria o quinto protocolo elaborado de uma série experimental iniciada em 1946. Assim, sabemos que desde este ano, já havia estudos que analisavam a aplicação do antibiótico no tratamento da sífilis. A dose total de 10.000.000 U fora assim estabelecida, porque, “achava-se exatamente na quantidade apregoada pela maioria dos autores como perfeitamente suficiente.”<sup>461</sup>. No entanto, o Borges Fortes diz que os efeitos obtidos não foram aqueles esperados, apesar dos pacientes terem suportado muito bem o tratamento e de nenhuma reação desagradável ter se manifestado. O estado físico dos indivíduos do segundo grupo apresentou melhoras, já o estado mental o fez em apenas alguns casos, em outros permaneceu estacionário. Os resultados humorais, também diferentes do esperado, levaram o médico a perceber que o nível sanguíneo do medicamento, ou seja, a concentração do antibiótico por centímetro cúbico de soro sanguíneo, não era suficiente, e, por isso, precisavam elaborar outro esquema de tratamento, no qual este nível fosse maior, e a substância capaz de atravessar a barreira hematomeníngea em concentração suficiente para debelar o microrganismo transmissor da doença. Neste momento outro tipo de penicilina, a Penicilina G benzatina (Benzetacil), chegava ao conhecimento do neurologista. Essa substância era capaz de atingir um nível sanguíneo três vezes maior Penicilina G procaína, segundo alguns estudos.

Assim, o terceiro grupo (tratado pelo esquema T-6) recebeu também apenas a penicilina, porém, em doses mais altas: 17.200.000 unidades em 10 dias e de dois tipos diferentes. Uma dose matinal de 2.400.000 U de Benzetacil em injeções intramusculares eram recebidas de quatro em quatro dias, totalizando três doses, ao mesmo tempo se empregava,

---

<sup>460</sup> *Ibidem.* pp. 23-24.

<sup>461</sup> *Ibidem.* p. 25.

também em injeções intramusculares, 500.000 U de Penicilina G potássica cristalina a cada 12 horas totalizando 20 doses. Os resultados deste tratamento foram bem melhores. As condições físicas e mentais destes pacientes não eram boas quando haviam sido internados e seu estado melhorou sensivelmente após os 10 dias de tratamento pela penicilina, passando alguns a cooperarem nas tarefas de limpeza e na vigilância de doentes em estado mais grave. Borges Forte observou 83,33% de melhoras; 13,33% de quadros inalterados; 0% de agravações e 6,66% de mortes, que, segundo ele, não tinham a ver com a administração da medicação. Assim, o médico conclui:

É incontestável que a penicilinoterapia vai se revelando uma medicação muito superior à malarioterapia, pela sua simplicidade de aplicação, pela sua admirável tolerância por parte dos doentes, pela ausência quase absoluta de riscos, pelo seu baixo custo e, principalmente, pelos seus efeitos clínicos e humorais muito mais expressivos. As melhoras clínicas, psíquicas e somáticas, humorais e histológicas não deixam dúvidas quanto ao elevado poder treponemicida do antibiótico.

[...]

Finalizando este modesto trabalho de contribuição ao conhecimento da penicilinoterapia da Paralisia Geral, cabe-nos salientar a boa impressão dos resultados e a confiança no novo método de tratamento da neurosífilis, tão prático e isento de riscos, sobre ser bem mais eficaz que a malarioterapia<sup>462</sup>.

Este foi o único artigo sobre o estudo da aplicação da penicilina no tratamento da PGP com o qual tivemos contato e, apesar dos resultados obtidos com o mesmo, temos indícios de que a substituição da malarioterapia pela penicilinoterapia foi paulatina. No ano de 1959 foi publicada uma nota no Diário Oficial da União que se referia ao estabelecimento de uma parceria entre o Ministério da Educação e Cultura e clínicas de tratamento psiquiátrico localizadas nas Zonas Sul e Norte da cidade do Rio de Janeiro:

Devidamente autorizada pelo Senhor Diretor do Departamento de Administração deste Ministério, comunico-vos que se acha aberta, na Divisão de Material, que funciona no 7º andar do edifício-sede, concorrência pública, nos termos do art. 50, do Código de Contabilidade Pública, para internação e tratamento, em Casas de Saúde especializadas em doenças nervosas e mentais, de servidores deste Ministério e seus dependentes, a cargo da Seção de Assistência Social, em nosocômios localizados na Zona Sul e Zona Norte desta Capital, conforme discriminação abaixo<sup>463</sup>.

---

<sup>462</sup> *Ibidem*. pp. 42 e 44.

<sup>463</sup> BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, DF, 5 mai. 1959. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2796286/pg-58-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-05-05-1959/pdfView>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

Entre as discriminações citadas pelo documento estavam as condições de internação dos pacientes (tipos de quarto etc), os exames aos quais teriam direito e os tratamentos aos quais poderiam submeter-se. A terapêutica que aparece em primeiro lugar nesta última lista é a malarioterapia. Não sabemos em que condições a terapia palúdica era administrada, se isso ocorria apenas nos pacientes que eram alérgicos à penicilina, ou não respondiam ao antibiótico – como ocorreu em outros países – ou se alguns médicos ainda acreditavam ser a primeira superior ao medicamento, em certas situações. Como já mencionado no capítulo 2 desta dissertação, a substituição da terapêutica padrão da demência paralítica se deu de forma paulatina e muitos estudos foram conduzidos até que a penicilina pudesse “ocupar” o lugar da malarioterapia, conquistando a confiança de psiquiatras e dermatossifilógrafos. No entanto, o fato da última ter sido utilizada no Rio de Janeiro até pelo menos 1959 constitui-se como uma evidência de que este processo também não se deu de forma instantânea nessa cidade.

Outra possibilidade é que não tenha ocorrido uma substituição direta da terapia de origem vienense pela penicilina. Também podemos pensar que a malarioterapia tenha caído em desuso por conta da diminuição expressiva nos casos de paralisia geral progressiva. Assim, pacientes acometidos pelas formas iniciais da sífilis passaram a tratar tal enfermidade através do antibiótico, impedindo que seus estágios tardios se desenvolvessem, de modo que os psiquiatras pudessem “encostar” suas seringas.

## Considerações finais

Como pudemos observar ao longo do presente trabalho, em diversos lugares do mundo, como a Dinamarca, a Áustria, Grã-Bretanha e o próprio Brasil, o período inicial de utilização e entendimento da malarioterapia foi complicado e povoado por alguns imprevistos e acidentes. No entanto e mesmo assim, a insistência em relação ao que muitos psiquiatras consideravam uma técnica promissora perdurou e, aos poucos, essa foi conquistando um número cada vez maior de fiéis adeptos, que contribuíram ampla e conjuntamente para sua transformação em um fato científico. Este processo de apropriação múltipla, e do qual fizeram parte profissionais de diferentes campos do conhecimento médico, evidencia a plasticidade típica de um objeto de fronteira, conceito a partir do qual procuramos delinear a malarioterapia no presente trabalho.

No caso do Rio de Janeiro, discernimos alguns desdobramentos provocados pela utilização da terapia palúdica que foram considerados de especial relevância para a dissertação em questão. As primeiras consequências identificadas consistem na produção de novas leituras sobre muitos de seus aspectos, como modificações deliberadas no protocolo original de administração do tratamento, a concepção de estatísticas inéditas, diferentes daquelas obtidas, inclusive, pelos desenvolvedores da técnica, além de novas conclusões sobre a possibilidade de resultados obtidos com a mesma. Neste sentido, temos o exemplo dos médicos Waldemar Almeida e Onofre Infante Vieira, que criaram uma nova categoria entre os níveis de melhora da escala desenvolvida por Wilhelm Weygandt, a partir do caso do padre o qual trataram pela malarioterapia. Além dele, também podemos mencionar as diferenças que existiam entre o protocolo da técnica utilizado no Rio e aquele da qual lançavam mão os profissionais atuantes nas cidades de Viena e Hamburgo. No que diz respeito aos números produzidos a partir da aplicação do método terapêutico, temos a estatística de 4% de óbitos observados por Waldemiro Pires e seus colegas do SNHFGG, a menor conhecida entre os médicos que atuavam na Capital Federal.

Esses e outros exemplos encontrados nos estudos sobre a malarioterapia publicados por psiquiatras atuantes no Rio de Janeiro constituem-se como mais uma evidência de que estes profissionais, apesar de influenciados em certa medida por ícones estrangeiros, produziam conhecimentos originais e de forma autônoma, discordando, inclusive, de muitas das concepções defendidas por seus pares do exterior. Além disso, constituindo-se como um elemento promotor de acaloradas discussões entre psiquiatras, médicos legais e neurologistas,

acreditamos que a malarioterapia tenha sido mais um elemento estreitador das relações entre estes profissionais e os dermatossifilógrafos, e, eventualmente, entre os primeiros e pesquisadores atuantes no campo da parasitologia. Apesar de não possuímos evidências diretas do estabelecimento desta segunda relação, tivemos contato com um artigo publicado sobre a técnica palúdica em colaboração entre Pires e o dermatossifilógrafo Gilberto de Moura Costa, no qual discutem a utilização da mesma em pacientes tabéticos.

As consequências secundárias, em certa medida fruto das primeiras, consistem na construção da malarioterapia como um tratamento que proporcionava alguma esperança para doentes que antes eram considerados moribundos indignos da atenção dos profissionais atuantes na área da medicina mental. Assim, o tratamento palúdico, acreditado como de fato eficaz por muitos médicos, modificou a visão dos mesmos sobre o prognóstico da paralisia geral progressiva e sobre os próprios paralíticos, que, agora, teriam a possibilidade de recobrar suas faculdades mentais e sua razão, voltando a exercer seus papéis sociais, seus direitos e deveres, recuperando a jurisdição de seus bens e de seus atos perante a lei. Analisamos o exemplo do psiquiatra do HNA Henrique de Brito Belford Roxo, que mudou completamente a sua opinião acerca da utilização da técnica e, conseqüentemente, sua concepção sobre o destino dos enfermos acometidos por tal doença.

Sendo assim, acreditamos que a construção da malarioterapia como um método genuinamente científico e capaz de devolver um indivíduo doente à sociedade contribuiu para que os psiquiatras tivessem consolidado seu espaço e reconhecida a legitimidade de suas funções perante a sociedade. Em outras palavras, admitida como um tratamento eficaz, desenvolvida originalmente e manipulada predominantemente pelos psiquiatras, a técnica idealizada por Wagner-Jauregg foi elaborada como uma das primeiras evidências de que o campo da medicina mental era, de fato, capaz de se cientificizar. Ademais, a partir da constatação, pelos profissionais da época, de que essa exercia deveras um efeito salutar sobre os pacientes acometidos pela demência paralítica, a malarioterapia era tida, por muitos, como a única esperança para que tais doentes fossem devolvidos à sociedade e parassem de gerar ônus para o Estado e para sua família. A doença geralmente invalidava suas vítimas, impedindo-as de trabalhar e subtraindo a quantidade de mão-de-obra em potencial. Além disso, havia os gastos para manter estes indivíduos institucionalizados, que eram dispendidos pelo governo e/ou por sua família. Aqueles que, por diferentes motivos, não eram internados, geralmente, representavam um fardo para seus parentes, que acabavam por assumir os cuidados do doente, e todas as conseqüências emocionais que tal tarefa produz. Aptos a



dominar o único método capaz de reverter tal situação, os psiquiatras tornam-se profissionais indispensáveis para uma sociedade que lutava contra a sífilis e suas formas nervosas.

Não temos evidências consistentes de que a malarioterapia levantou questões éticas de forma direta no campo da psiquiatria carioca. No entanto, a análise das fontes nos permite afirmar que certas preocupações, passíveis de serem consideradas como tal, eram manifestadas por alguns médicos, como por exemplo, Henrique Roxo. O fato de Roxo deixar de colocar imagens de pacientes em seu livro por não portar o consentimento dos mesmos para tal nos permite pensar que *talvez* o doente tivesse, em certa medida, seus direitos respeitados, ao menos por *alguns* doutores. Também percebemos que psiquiatras, como Waldemiro Pires, exibiam reflexões sobre o rigor experimental, estando *conscientes* das limitações ou impossibilidade de se comparar resultados, impostas pelas experiências adquiridas a partir da administração da terapia palúdica.

Até os presentes dias, permanece parcialmente obscuro o mecanismo de atuação da malarioterapia. Porém, durante as décadas de 1990 e 2000, foram conduzidos estudos que a utilizavam no tratamento de afecções como a AIDS e a Doença de Lyme<sup>464</sup>. Neste contexto, muitos médicos e imunologistas acreditam que o plasmódio da malária seja capaz de interagir com outros microorganismos, provocando efeitos benéficos. Contudo, há pesquisadores que se mostram céticos com relação a estas aplicações contemporâneas da terapêutica<sup>465</sup>. Um dos maiores porta-vozes do discurso em prol das pesquisas modernas com a malarioterapia é o cientista norte-americano Henry Heimlich. Muito criticado por seu posicionamento, Heimlich acredita que a infecção palúdica possa sim estimular o sistema imunológico do paciente, produzindo efeitos positivos especialmente sobre a Doença de Lyme, que alega possuir inúmeras similaridades com a sífilis<sup>466</sup>.

Os atuais paradigmas científicos não permitem que tiremos conclusões sobre a eficácia da malarioterapia, já que sua aplicação no tratamento da demência parálitica foi conduzida a partir de outros parâmetros teórico-metodológicos. O fato é que: uma vez construída como um método eficaz, a utilização da terapia de origem vienense produziu consequências e desdobramentos no campo da psiquiatria carioca que auxiliam a delinear o contexto no qual este estava inserido e ratificar hipóteses já estabelecidas sobre a postura dos profissionais

---

<sup>464</sup> NIERENGARTEN, M. B. Malariotherapy to treat HIV patients? *The Lancet Infectious Disease*, Londres, v. 3, n. 6, 2003, p. 321; HEIMLICH, H. J. Should we try malariotherapy for Lyme Disease? *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 322, n. 17, 1990, p. 1234-1235; XIAOPING, C. et al. Procedure and clinical assessments of malariotherapy: recente experience in 20 HIV patients. *Chinese Medical Journal*, Beijing, v. 116, n. 7, 2003, p. 1016-1021.

<sup>465</sup> NIERENGARTEN, M. B. Malariotherapy to treat HIV patients? *op. cit.*

<sup>466</sup> HEIMLICH, H. J. Should we try malariotherapy for Lyme Disease? *op. cit.*

inseridos em tal campo. Por isso tal prática não deve ser ignorada pela historiografia produzida sobre o tema.

## Figuras

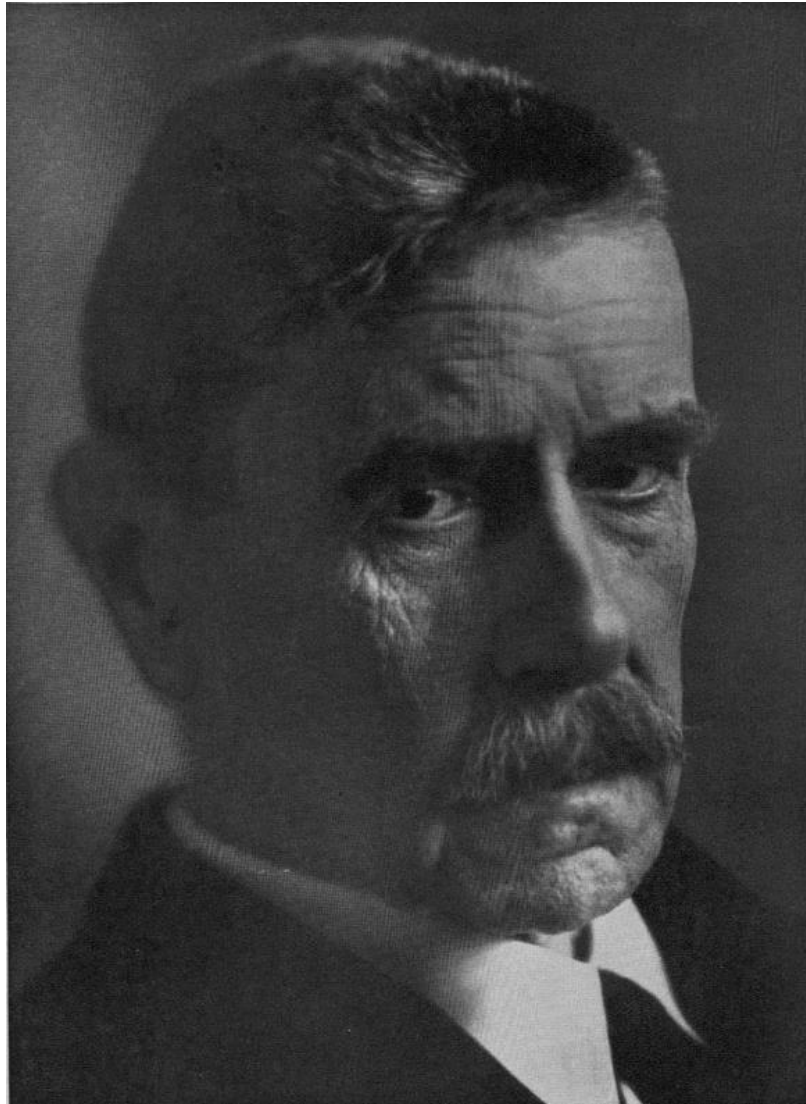


Figura 1 (SCHÖNBAUER, L.; JANTSCH, M. *Julius Wagner-Jauregg – Lebenserinnerungen*. Viena: Springer-Verlag Wien GMBH, 1950, p. 1)



Figura 2 (PORTER, R. *The Cambridge illustrated history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, p. 301)



Figura 3 (MATTOS, S. G.; CURY, J. A. A malarioterapia no tratamento da neurosífilis. In GUILHERMANO, L. G.; SCHWARTSMANN, L. C. B.; SERRES, J. C. P.; LOPES, M. H. I. (Org.). *Páginas da História da Medicina*. Porto Alegre: ediPUCRS, 2010, p. 158)



Figura 4 (VENÂNCIO, A. T. A.; CASSILIA, J. A. Política assistencial psiquiátrica e o caso da colônia Juliano Moreira: exclusão e vida social (1940-1954). In WADI, Y. M.; SANTOS, N. M. W. (org.) *História e Loucura: saberes, práticas e narrativas*. Uberlândia: EDUFU, 2010, p. 72)



Figura 5 (RAQUI-ALBUMINOMETRO de Juarol. Autor da foto desconhecido. Farmacia Museo Aramburu. Disponível em <<http://www.farmacia-museoaramburu.org/exposicion/raqui-albuminometro-de-juarol/>> Acesso em: 28 abr. 2015)

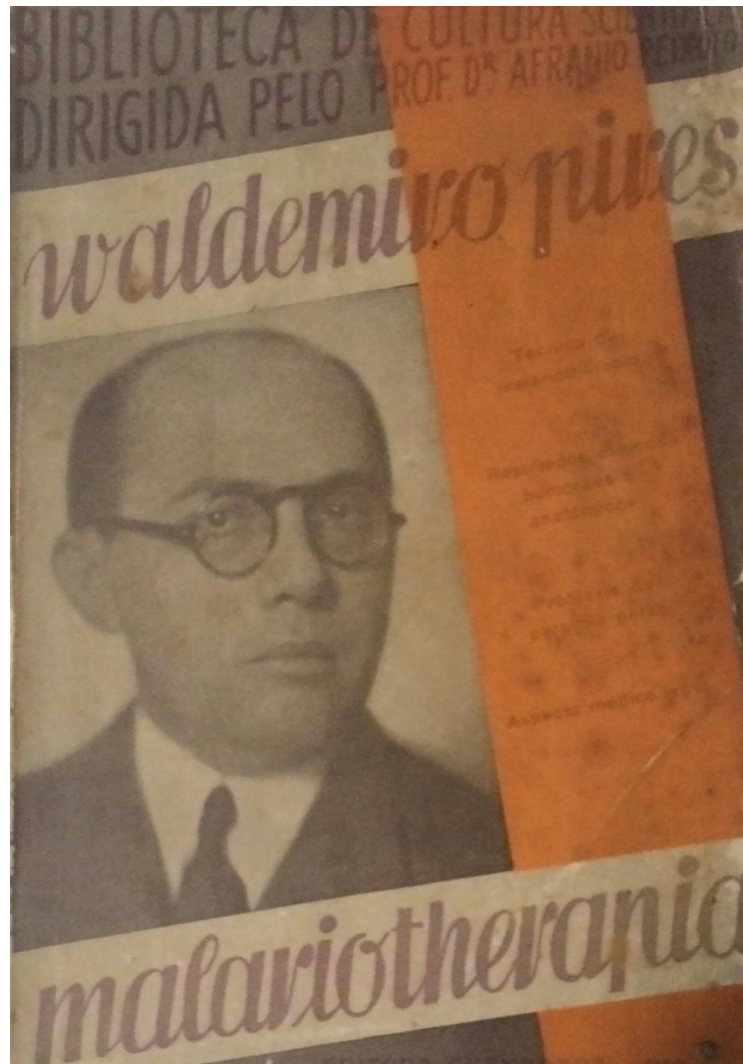


Figura 6

## Referências bibliográficas

### Fontes primárias

14ª SESSÃO ordinária da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada em 17 de outubro de 1927, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 1928, pp. 56-58.

2ª SESSÃO ordinária da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada em 7 de maio de 1928, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 1928, pp. 86-89.

7ª SESSÃO da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada a 26 de julho de 1926, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1 e 2, pp. 166-169.

8ª SESSÃO da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada a 7 de outubro de 1924, Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3 e 4, pp. 218-222.

ALMEIDA, W.; INFANTE, O. Terapêutica da demência parálitica pela malarioterapia. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, v. 8, n. 3 e 4, 1926, pp. 127-130.

BRASIL. Decreto-lei nº 17.805, de 23 de maio de 1927. Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, DF, 1 jun. 1927. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927. Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, DF, 19 jan. 1927. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5148-a-10-janeiro-1927-563139-publicacaooriginal-87269-pl.html>>. Acesso em: 23 mar. 2015

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, DF, 5 mai. 1959. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2796286/pg-58-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-05-05-1959/pdfView>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. *Relatório da Assistência Médico-Legal a Alienados*. Rio de Janeiro, DF, 1921/1922.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. *Relatório da Assistência Médico-Legal a Alienados*. Rio de Janeiro, DF, 1924.

COSTA, G. M.; PIRES, W. Malarioterapia na tabes. *Arquivos da Fundação Gaffré e Guinle*, Rio de Janeiro, v. 2, 1929, pp. 5-14.

COSTA, M.; BARROS, C. Contribuição ao estudo da malarioterapia. *Arquivos da Fundação Gaffré e Guinle*, Rio de Janeiro, v. 8, 1938, pp. 181-196.

FORTES, A. B. Tratamento da paralisia geral pela penicilina. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, pp. 23-48.

LEITE, R. C. A síndrome humoral na paralisia geral. *Arquivos da Fundação Gaffré e Guinle*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 1929, pp. 419-458.

LOPES, I. C. Notícia Histórica da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal, *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, v. 22, n. 2, 1939, pp. 79-118.

MÜHLENS, P. The Dangers of the Fever Treatment of Paralysis. *Journal of Mental Sciences*, Londres, v. 70, n. 289, 1924, pp. 340-341.

MÜHLENS, P.; KIRSCHBAUM, W. Inoculaciones artificiales de malaria y recurrens. *Revista Médica de Hamburgo*, Hamburgo, v. 3, n. 8, 1922, p. 249.

PACHECO E SILVA, A. C. *Neurosífilis*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1933.

PÉRES, H. Paralisia geral e alucinações. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 1931, pp. 66-73.

PIRES, W. *Malarioterapia na Sífilis Nervosa*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934.

PIRES, W.; PÓVOA, H. Síndrome humoral dos paralíticos gerais malarizados. *Arquivos da Fundação Gaffré e Guinle*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1928, pp. 305-309.

ROXO, H. B. B. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1ª edição, 1921.

ROXO, H. B. B. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 2ª edição, 1925.

ROXO, H. B. B. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 3ª edição, 1938.

ROXO, H. B. B. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 4ª edição, 1946.

SILVA, A. E. Alterações de liquor nos paralíticos gerais malarizados. *Arquivos da Fundação Gaffré e Guinle*, Rio de Janeiro, 1931, pp. 107-136.



## Fontes secundárias

ABASCAL, M. P.; CANZANI, R.; ETCHELAR, R. *Plasmodium vivax* y *P. falciparum*. Paludismo experimental. Malarioterapia. *Revista Médica del Uruguay*. Montevideo, 1925, pp. 249-303.

ARTVINLI, F. More than a disease: the history of general paralysis of the insane in Turkey. *Journal of the History of the Neurosciences*, Concord, v. 23, 2014, pp. 127-139

AUSTIN, S. C., STOLLEY, P. D.; LASKY, T. The history of malariotherapy for neurosyphilis – modern parallels. *Journal of the American Medical Association*. Chicago, v. 268, n. 4, 1992, pp. 516-519.

BARTOLONI, L. C., FRAIMAN, H.; ALLEGRI, R. F. Evolución histórica de la Neurología argentina. *Neurología Argentina*, Buenos Aires, v. 4, n. 2, 2012, pp. 67-78.

BENCHIMOL, J. L. Febre amarela e a Institucionalização da microbiologia no Brasil. In HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Orgs.). *Cuidar, Controlar, Curar. Ensaio históricos sobre a saúde e a doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 57-97.

BISGARD, A. Om Behandling af Generel Pares med Koldfeber. *Naturens Verden*, Humlebæk, v. 7, 1923, pp. 417-427.

BONFIGLI, A., FANFERA, E.; CORBELLINI, G. La malariaterapia in Italia – un contributo ala storia dell'inoculazione terapêutica dela malaria nella clinica psiquiatrica e neurologica. *Medicina Nei Secoli*, Roma, v. 16, n. 1, 2004, pp. 1-20.

BRABIN, B. Malaria's contribution to World War One – the unexpected adversary. *Malaria Journal*, Londres, v. 13, n. 497, 2014, pp. 1-22.

BRANDT, A. Dr. Ehrlich's Magic Bullet: Venereal Disease in the Age of Antibiotics. In *No Magic Bullet – a Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880*. Nova York: Oxford University Press, 1987, pp. 161-182.

BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Guia de Fontes e Catálogo de Acervos e Instituições para Pesquisas em Saúde Mental e Assistência Psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:

<[www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=3713](http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3713)>. Acesso em 23 mar. 2015.

BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations: the case of general paralysis of the insane and malaria fever therapy, 1910-1950. *Bulletin of the History of Medicine*, Baltimore, v. 70, n. 4, 1996, pp. 577-608.

BROWN, E. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. *History of Psychiatry*, Cambridge, v. 11, 2000, pp. 371-382.

BYNUM, W. F. Medicine in the laboratory. In *Science and the practice of medicine in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, pp. 92-117.

CAPONI, S. *Loucos e Degenerados – uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CARRARA, S. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. In HOCHMANN, G. & ARMUS, D. (orgs.) *Cuidar, Controlar, Curar – ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 427-453.

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.

CASTRO SANTOS, L. A. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Estudos Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 1985.

CERQUEIRA, E. C. B. *A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal: debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2014.

CUNHA, M. C. *Cidadelas da Ordem – a doença mental na República*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.

DAVIS, G. *The Cruel Madness of Love: sex, syphilis, and psychiatry in Scotland, 1880-1930*. Amsterdam: Rodopi, 2008.

DIAS, A. A. T. *'Dramas de sangue' na cidade: psiquiatria, loucura e assassinato no Rio de Janeiro (1901-1921)*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

DIAS, P. B. *Arte, loucura e ciência no Brasil: as origens do Museu de Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro. Apresentada como dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 2003.

DOMINGO, J. J. P; MORENO, L. M. R. The treatment of functional psychosis in Spain at the beginning of the XX century (1917-1931). *Actas Españolas de Psiquiatria*, Madrid, v. 38, n. 3, 2010, pp. 163-169.

ENGEL, M. *Os Delírios da Razão – médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FACCHINETTI, C.; CUPELLO, P.; EVANGELISTA, D. F. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2010, pp. 527-535

FACCHINETTI, C.; MUÑOZ, P. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 1, 2013, pp. 239-262.

FACCHINETTI, C.; RIBEIRO, A.; CHAGAS, D. C.; REIS, C. S. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2010, pp. 733-768.

FLECK, L. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2009.

FRANCA FILHO, J. M. Elogio ao Patrono: Dr. Waldemiro Pires Ferreira. *Anais da Academia Paraibana de Medicina*, Paraíba, v. 3, n. 3, 2007, pp. 110-112.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Glossário de doenças: malária*. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/mal%C3%A1ria>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Saúde: Febre recorrente*. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=750&sid=8>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

GARTLEHNER, G.; STEPPER, K. Julius Wagner-Jauregg: pyrotherapy, simultanmethode, and 'racial hygiene'. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Londres, v. 105, n. 8, 2012, pp. 357-359.

GRADMANN, C. Robert Koch and the Pressures of Scientific Research: Tuberculosis and Tuberculin. *Medical History*, Londres, v. 45, 2001, pp. 1-32.

HACKING, I. *Múltipla personalidade*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. *Journal of Mental Sciences*, Londres, v. 105, 1959, pp. 594-626.

HAYDEN, D. *Pox: genius, madness, and the mysteries of syphilis*. Nova York: Basic Books, 2004.

HEIMLICH, H. J. Should we try malariotherapy for Lyme Disease? *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 322, n. 17, 1990, p. 1234-1235.

HURN, J. D. *The history of the general paralysis of the insane in Britain, 1830 to 1950*. Tese (PhD em Filosofia). London University, Londres, 1998.

KAPLAN, R. M. Syphilis, sex and psychiatry, 1789-1925: part 1. *Australasian Psychiatry*, Melbourne, v. 18, n. 1, 2010, pp. 17-21.

KAPLAN, R. M. Syphilis, sex and psychiatry, 1789-1925: part 2. *Australasian Psychiatry*, Melbourne, v. 18, n. 1, 2010, pp. 22-27, pp. 20-23.

KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *History of Psychiatry*, Cambridge, v. 21, n. 4, 2010, pp. 471-486.

KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2009.

LATOURE, B. *Ciência em Ação*. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: o Brasil Descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. *Raça ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, p. 23-40.

LORBACH, A. *Die Therapie der Neurolyues von 1953 bis 1967 an der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin*, Berlin, Tese (Tese de Doutorado em Medicina), Departamento de Medicina, Berlim, 1971.

LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease, 1907-1970: the history of the Wassermann reaction. In BERRIDGE, V. & STRONG, P. (eds.) *AIDS and contemporary History*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, pp. 74-92.

MADSEN, J. Behandling af neurolyues. Malariabehandling. *Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad*, Oslo, v. 3, 1949, pp. 83-93.

MAHONEY, J.; ARNOLD, R. C.; HARRIS. Penicillin treatment of early syphilis. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, v. 33, n. 12, 1943, pp. 1387-1391.

MARX, O. M. The beginning of psychiatric historiography in nineteenth-century Germany. In PORTER, R. & MICALE, M. S. *Discovering the History of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 1994, pp. 39-52.

MATTOS, S. G.; CURY, J. A. A malarioterapia no tratamento da neurosífilis. In GUILHERMANO, L. G.; SCHWARTSMANN, L. C. B.; SERRES, J. C. P.; LOPES, M. H. I. (Org.). *Páginas da História da Medicina*. Porto Alegre: ediPUCRS, 2010, pp. 151-160.

MENDONÇA, J. L. de, COELHO, R. S.; GUSMÃO, S. História da psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (1911-1961). Disponível em: <<http://sbhm.webnode.com.br/news/historia-da-psiquiatria-na-faculdade-de-medicina-da-universidade-federal-de-minas-gerais-1911-1961-/>> Acesso em 18 jul. 2014.

NIERENGARTEN, M. B. Malariotherapy to treat HIV patients? *The Lancet Infectious Disease*, Londres, v. 3, n. 6, 2003, p. 321.

OOSTERHUIS, H. *Stepchildren of Nature – Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity*. Chicago: The University of Chicago Press, 2000.

PADOVAN, M. C. A terapêutica da malarioterapia no Hospital de Alienados do Recife (1930-1945). *Cadernos de História: Oficina de História – escritos sobre saúde, doenças e sociedade*. Recife, v. 7, n.7, 2010, pp. 85-115.

PORTOCARRERO, V. *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

QUETEL, C. *History of Syphilis*. Cambridge: Polity, 1992.

QUINTANEIRO, T. Plantando nos campos do inimigo: japoneses no Brasil na Segunda Guerra Mundial. *Estudos Ibero-Americanos*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, 2006, pp. 155-169.

ROSEN, G. Patterns of Discovery and control in mental illness. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, Washington, v. 50, n. 6, pp. 855–866.

ROSENBERG, C. E. Contested boundaries – psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*. Nova York, v. 49, n. 3, 2006, pp. 407-424.

SÁ, M. R.; SILVA, A. F. C. da. La Revista Medica de Hamburgo y la Revista Medica Germano-Ibero-Americana: diseminación de la medicina germánica en España y América Latina (1920-1933). *Asclepio*, Madrid, v. 62, 2010, pp. 7-34.

SANGLARD, G. *Entre os Salões e o Laboratório – Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SARTIN, J. S.; PERRY, H. O. From mercury to malaria to penicillin: The history of the treatment of syphilis at the Mayo Clinic – 1916-1955. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Charleston, v. 32, n. 2, 1995, pp. 255-261.

SCHONBAUER, L.; JANTSCH, M. “Die Malariatherapie der progressiven Paralyse”. In *Julius Wagner-Jauregg – Lebenserinnerungen*. Viena: Springer-Verlag Wien GMBH, 1950, pp. 144-176.

SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SHORT, S. E. D. Physicians, Science and Status: Issues in the Professionalization of Anglo-American Medicine in the Nineteenth Century. *Medical History*, Cambridge, v. 27, 1983, pp. 51-68.

SHORTER, E. *The History of Psychiatry*. Nova York: John Wiley & Sons, 1997.

SILVA, A. F. C. da; BENCHIMOL, J. L. Malaria and quinine resistance: the circulation of a medical and scientific issue between Brazil and Germany (1907-1919). *Medical History*, Cambridge, v. 58, n. 1, 2014, pp. 1-26.

SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver brains and excesses in baccho and venere: dementia paralytica in dutch psychiatry (1870–1920). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. Oxford, Outubro 2012, pp. 1-35.

STAR, S. L. & GRIESEMER, J. R. Institutional ecology, ‘translations’ and boundary objects: amateurs and professional in Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, v. 19, n. 3, 1989, pp. 387-420.

STOLBERG, H. O.; NORMAN, G.; TROP, I. Fundamentals of Clinical Research for Radiologists – Randomized Controlled Trials. *American Journal of Roentgenology*, Leersburg, v. 183, 2004, pp. 1539-1544.

TARELOW, G. *Entre febres, comas e convulsões: as terapias biológicas no Hospital do Juquery administrado por Pacheco e Silva (1923-1937)*. Dissertação (Mestrado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

TARELOW, G. Q. Um tratamento de choque: a aplicação da malarioterapia no Hospital do Juquery (1925-1940). *Cadernos de História da Ciência*, São Paulo, v. 5, n. 1, 2009, pp. 7-22.

TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *Yale Journal of Biology and Medicine*, New Haven, v. 86, 2013, pp. 245-254.

VENÂNCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil da primeira metade do século XX. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2011, pp. 35-52.

VENÂNCIO, A. T. A.; CASSILIA, J. A. P. A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. *Espaço Plural*, Cascavel, v. 11, n. 22, 2010, pp. 24-34.

VENÂNCIO, A. T. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 3, 2003, pp. 883-900.

WAGNER-JAUREGG, J. The history of the malaria treatment of general paralysis. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 102, 1946, pp. 577-582.

WAGNER-JAUREGG, J. Ueber Behandlung der progressiven Paralyse mit Bakterientoxinen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Viena, v. 37, n. 59, 1909, pp. 2124-2127.

WEINDLING, P. The Origins of Informed Consent: The International Scientific Commission on Medical War Crimes, and the Nuremberg Code. *Bulletin of the History of Medicine*, Nova York, v. 75, n. 1, 2001, pp. 37-71.

WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. *Medical History*, Cambridge, v. 34, 1990, pp. 294-310, p. 295.

WULF, S. & SCHMIEDEBACH, H. Wahnsinn und Malaria – Schnittpunkte und Grenzverwischungen zwischen Psychiatrie und Tropenmedizin in Hamburg (1900–1925). *Gesnerus*, Lausanne, v. 71, n. 1, 2014, pp. 98–141.

XIAOPING, C. et al. Procedure and clinical assessments of malariotherapy: recent experience in 20 HIV patients. *Chinese Medical Journal*, Beijing, v. 116, n. 7, 2003, p. 1016-1021.