

As febres paulistas na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: uma controvérsia entre porta-vozes de diferentes saberes

*Febres paulistas and
the São Paulo Society
of Medicine and
Surgery: a controversy
among spokespeople
from different arenas
of knowledge*

Luiz Antonio Teixeira

Historiador, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365 — Prédio do Relógio
2145-900 Rio de Janeiro — RJ
teixeira@coc.fiocruz.br

TEIXEIRA, L. A. 'As febres paulistas na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: uma controvérsia entre porta-vozes de diferentes saberes'.

História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11 (suplemento 1): 41-66, 2004.

O presente artigo trata dos debates científicos travados em torno de uma doença classificada pelos médicos da cidade de São Paulo, no fim do século XIX, como febres paulistas.

Elaborou-se uma pequena revisão acerca do papel das febres na nosologia brasileira do período e apresentam-se as idéias então em voga para explicar as febres paulistas, a malária e a febre tifóide, centrando o foco sobre as transformações no campo médico que fizeram com que essas febres deixassem de ser identificadas como formas de malária e passassem a ser classificadas como casos de febre tifóide. Por fim, acompanham-se os debates sobre essa mudança travados na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, analisando as correntes científicas que pendiam a favor da identificação das febres paulistas com malária e a febre tifóide e o grupo que postulava ser a doença uma entidade nosológica independente.

PALAVRAS-CHAVE: história das ciências, sociologia da ciência, São Paulo, Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

TEIXEIRA, L. A. '*Febres paulistas* and the São Paulo Society of Medicine and Surgery: a controversy among spokespeople from different arenas of knowledge'.

História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11 (suplemento 1): 41-66, 2004.

At the close of the nineteenth century, São Paulo physicians were debating a disease they classified as "febres paulistas" (São Paulo fevers). The article presents a brief overview of the role of fevers within Brazilian nosology at that time and describes how science then explained febres paulistas, malaria, and typhoid fever. Changes in the medical field meant febres paulistas were no longer classified as forms of malaria but instead considered cases of typhoid fever. Following the Society's debates surrounding this shift, the article analyzes the scientific lines that tended to identify febres paulistas with malaria or typhoid fever and also the line that believed these fevers were an independent nosological entity.

KEYWORDS: history of the sciences, sociology of science, São Paulo, São Paulo Society of Medicine and Surgery.

Tanto no campo científico quanto no campo das relações de classe inexistem instâncias que legitimam as instâncias de legitimidade; as reivindicações de legitimidade tiram sua própria legitimidade da força relativa dos grupos cujos interesses elas exprimem: à medida que a própria definição dos critérios de julgamento e dos princípios de hierarquização estão em jogo na luta, ninguém é bom juiz, porque não há juiz que não seja ao mesmo tempo parte interessada (Bourdieu, 1983, p. 155)

Introdução

Vários estudos contemporâneos voltam-se para a análise do processo de redefinição dos saberes médicos operados a partir do desenvolvimento da microbiologia, mostrando como esse novo paradigma alterou as práticas profiláticas, as formas de terapêutica e mesmo o conceito de doença.¹ Os autores que se debruçaram sobre esse processo acrescentam que os espaços prioritários em que ele se deu, os laboratórios, tomariam o lugar das clínicas e dos consultórios na produção de uma vasta gama de novos saberes sobre as doenças, transformando-se em locais privilegiados de pesquisas médicas, espaços preferenciais de produção de verdades científicas, com o poder de definição de novos diagnósticos e formas de profilaxia e terapêutica para antigos males.² No entanto esse processo — facilmente observado no Brasil a partir dos primeiros anos da República, com o surgimento de diversos institutos de pesquisa biomédica — não se deu de maneira homogênea, nem mesmo ficou imune à resistência de outras práticas médicas, que começavam a serem vistas como ultrapassadas ou improfícuas.

A controvérsia sobre as febres paulistas, ocorrida em 1897 na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, insere-se nesse contexto, em que o desenvolvimento dos saberes bacteriológicos começava a jogar por terra formas de classificação de doenças e processos terapêuticos há muito utilizadas pelos clínicos. As discussões diziam respeito à classificação de uma enfermidade causadora de estados febris de longa duração, debilitamento e, em alguns casos, diarréias e outros sintomas. Esse quadro clínico, em suas diversas formas, era classificado genericamente como ‘febres paulistas’, sendo muito comum em habitantes do estado e principalmente da cidade de São Paulo. De etiologia até então indeterminada, essas febres na maioria das vezes eram vistas pelos médicos como formas de malária — à época chamada de febre palustre — ou, em alguns casos, como febre tifóide.

O desenvolvimento das técnicas de diagnóstico dessas doenças, geradas pelos avanços da bacteriologia, fez com que aos poucos as febres paulistas deixassem de ser vistas como formas da malária e

passassem a ser classificadas como febre tifóide. Tal processo — que pode ser observado num período mais longo, pelo declínio da incidência das febres paulistas e o incremento da febre tifóide nas estatísticas do estado ao longo dos primeiros anos do século XX — implicava a necessidade de rearranjo de diversos discursos e a mudança de posições dentro do campo médico.³ Naquele momento, respeitados clínicos, há muito reconhecidos por seus diagnósticos e suas opiniões sobre a doença, de uma hora para outra viam sua autoridade científica abalada com os novos diagnósticos de base bacteriológica. No caminho inverso, microbiologistas, até então pouco conhecidos, começavam a ter suas opiniões validadas, alcançando importantes posições no campo médico. A situação fez com que se desencadeasse um forte embate entre os defensores das diferentes formas de diagnosticar a doença. Durante mais de um ano eles se digladiaram em intermináveis discussões sobre o tema na Sociedade de Medicina, avançando e recuando em suas posições — muito mais pelo poderio da autoridade científica dos defensores de cada opinião nos diversos momentos do que pelo surgimento de novas evidências que parecessem jogar por terra as opiniões adversárias.

Este artigo busca lançar algumas luzes sobre a trajetória do diagnóstico das febres paulistas e, sobretudo, retratar a controvérsia sobre o tema ocorrida na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo entre 1896 e 1897. Discutiremos esse processo tomando por base as postulações de Pierre Bourdieu (1983) em relação ao campo científico, ou seja, sua conformação como campo de luta concorrencial pelo monopólio da autoridade científica. Nosso objetivo é demonstrar que as posições em jogo, nessa controvérsia, refletiam um contexto mais amplo de transformações da medicina que desqualificava a autoridade científica adquirida por diversos atores, desestabilizando suas posições no campo. No nosso entender, as resistências às proposições de base microbiológica, que identificavam as febres paulistas com a febre tifóide, tinham a mesma coerência dos argumentos que a elas se contrapunham, não podendo assim serem caracterizadas como fruto de uma postura menos científica que a dos defensores da ciência laboratorial. Procuraremos mostrar que, sob o manto da argumentação científica, os combatentes de ambos os grupos tinham fortes interesses profissionais a zelar. Por fim, nossa análise também se voltará para os registros históricos da controvérsia. Tenta-se mostrar como os historiadores e memorialistas que se debruçaram sobre o tema muitas vezes simplificaram a questão, ao verem os médicos que se colocaram contra as postulações vindas da ciência laboratorial como meros opositores de inquestionáveis verdades científicas.

Febre e febres

Durante muitos anos as febres foram uma dor de cabeça para os médicos. Analisando o nascimento da clínica moderna, Foucault (1987) se voltou para a análise do problema, afirmando que, durante o período clássico — entre a metade do século XVII e o início do XIX —, a medicina teve grandes dificuldades em tratá-lo. Naquele momento o saber médico encontrava-se encerrado numa *epistême* que priorizava o olhar anatomopatológico, voltado para os diferentes órgãos do organismo e as suas lesões visíveis; e, em segundo plano, valorizava a análise dos sintomas dos estados mórbidos.⁴ Nesse contexto, a medicina se viu paralisada frente à questão das febres, que, pela falta de uma sede orgânica, tinha sua análise dificultada. O médico francês François Broussais daria encaminhamento à questão no início do século XIX. Seu estudo retornava aos postulados de Bichat sobre o caráter simpático das febres, que, a seu ver, nada mais eram do que a forma observável de inflamações tissulares.⁵

No decorrer do século XIX, a questão ainda permaneceu viva, embora a teoria de Broussais tenha rapidamente se desvanecido. Com o desenvolvimento da fisiologia experimental, a partir dos trabalhos de Claude Bernard, as febres começaram a ser encaradas como efeitos de alterações do sistema nervoso, o qual, em última análise, seria o responsável pela regulação da temperatura corporal.⁶ Ao mesmo tempo foi se alterando a forma de ver a sua causa, que passou a compreender dois aspectos diferenciados. Os estados febris, observados em várias situações, eram vistos como reações imediatas a um processo mórbido, localizado em algum ponto definido do organismo. Já as febres essenciais ou piroxias eram relacionadas a agressões do meio, representadas de forma não específica pelos miasmas (Entralgo, 1976).

No Brasil do início do século XIX, os médicos muito se voltaram para o estudo das febres, que, relacionadas às condições climáticas do país, foram categorizadas como entidades centrais da nossa nosologia. Segundo Luiz Otávio Ferreira (1996, p. 103):

De todas as epidemias registradas, foram as de febres intermitentes ocorridas na província do Rio de Janeiro entre 1829 e 1835 que mais mobilizaram os médicos na então recém-criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Essa preferência teve razões políticas e científicas. A epidemia ameaçava a capital do Império, fazendo aumentar a tensão social já elevada pela grave crise política que resultaria no fim do regime liderado pelo imperador Pedro I. Por outro lado, a temática febres [como vimos] era objeto de uma insolúvel polêmica científica.

O primeiro grande compêndio brasileiro sobre o tema foi elaborado, ainda na primeira metade do século XIX, pelo médico português Francisco de Mello Franco (1829) e voltava-se para as condições ambientais relacionadas às febres, seus sintomas,

classificação e terapêutica. Tinha como base o princípio da irritabilidade de Broussais, que, no entender do autor, era o resultado da reação da força vital contra os inimigos — os miasmas — que atacavam o organismo.

No último quartel do século XIX, vários conjuntos de sintomas eram classificados como febres essenciais. Ao contrário de outras doenças, em que o aumento de temperatura era visto como um sintoma coadjuvante, nesses males a febre era tida como o aspecto central, a essência da doença. Sua duração, intensidade e periodicidade, acrescidas de sintomas de diversas ordens, determinavam sua classificação em diversas formas diferenciadas. Em 1877 o eminente clínico carioca João Vicente Torres Homem escreveu um livro sobre o tema que se transformaria na bíblia dos médicos nacionais.⁷ Em *Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro* ele admitia a existência de uma multiplicidade dessas febres, voltando-se principalmente para o estudo de seus sintomas e a relação delas com o clima; a seu ver, o clima, por seus excessos, causava a grande incidência desses estados mórbidos e a modificação de suas características originais.

Torres Homem (1877) afirmava que era pequena a incidência da febre tifóide na cidade do Rio de Janeiro. No entanto, outras febres de origem palúdica — relacionadas ao miasma causador da malária — reinavam na cidade e, pela sua semelhança com a tifóide, eram fonte de confusão para os clínicos desavisados.⁸ Uma delas era a febre remitente paludosa tifóide, uma doença causada pela ação combinada de miasmas relacionados à febre tifóide e à malária. Pela sua experiência clínica ele aconselhava o uso de quinino na sua terapêutica. Seu trabalho foi aceito pela grande maioria dos médicos do período. E mesmo quando suas postulações sobre a etiologia miasmática já começavam a ser suplantadas pelo desenvolvimento dos saberes microbianos, seu estudo ainda era fonte de influência de diversos médicos (Santos Filho, 1991).

Nesse período, no estado de São Paulo, os médicos também defendiam a existência de uma multiplicidade destas pirexias essenciais. A principal delas ficou conhecida, na época, como febre paulista, mas também era denominada de febre remitente e tifo malárico. Entre as camadas populares, devido à sua grande incidência, dificuldade de diagnóstico e amplitude do período de adoecimento, era chamada de febre quilométrica, febre renitente ou febre cansa-médico (Lutz, 1936). Segundo a maioria dos médicos da época, o mal nada tinha de estranho, sendo apenas uma forma de malária modificada pelo clima. Assim, seu tratamento deveria ser feito a partir do quinino, produto largamente utilizado contra a doença.

Façamos uma pausa nesse quadro mais geral das febres, para nos voltarmos para as duas enfermidades que nos interessam mais prontamente, a malária e a febre tifóide. Antes disso uma observação: com o advento da microbiologia, a noção de febre essencial foi, cada

vez mais, perdendo força em favor da aceitação da febre como um sintoma proveniente da reação a uma infecção específica.

Febre tifóide ou malária?

Desde os tempos imemoriais a malária vem provocando estragos em diversos agrupamentos humanos, tendo se encontrado referências a febres que possivelmente podiam ser causadas pela doença em vestígios de várias sociedades do mundo antigo. Hipócrates foi o primeiro a descrever suas manifestações, categorizando as febres que causava em diferentes tipos, de acordo com sua periodicidade e intensidade. O quadro clínico da doença é bem conhecido desde a modernidade. Sua forma clássica tem como principal sintoma a febre intermitente, algumas vezes seguida de graves complicações, como a anemia e a hipertrofia do baço — esplenomegalia —, levando em alguns casos ao óbito (Álvaro *et al.*, 1982). O quinino, utilizado para a terapêutica da doença na Europa desde o século XVII, origina-se da quina peruana, ou cinchona, e começou a ser utilizada no continente europeu a partir do século XVII.⁹

No século XIX a doença esteve relacionada aos terríveis miasmas palúdicos, emanções deletérias provenientes de matas e pântanos. O desenvolvimento da microbiologia trouxe profundas modificações para o diagnóstico. A descoberta do parasita transmissor — o plasmódio — pelo médico francês Charles Louis Alphonse Laveran, na Argélia, em 1878, possibilitou a precisão do diagnóstico da doença pela observação microscópica de seu agente etiológico. Em poucos anos novos estudos elucidaram aspectos importantes da biologia do parasito, como o seu ciclo de reprodução nas células, a forma de multiplicação no sangue e a relação dos diferentes tipos de plasmódio com as várias formas de febre diagnosticadas nos acometidos (Benchimol, 1999).

A nova realidade resultante da descoberta de Laveran retirava a importância científica de um grande número de trabalhos de cunho higienista que — a partir de condições telúricas, atmosféricas, geológicas e hídricas — conferiam à determinada região o caráter de malarígena. Esta característica agora passava a estar relacionada exclusivamente à descoberta de doentes infectados com o plasmódio. Em 1894 o pesquisador inglês Patrick Manson, famoso por seus estudos sobre o ciclo da filariose, propôs que o plasmódio, tal qual a filária, podia se reproduzir num ciclo, abrindo a possibilidade de o mosquito ser seu hospedeiro.

Assim como a malária, a febre tifóide também era há muito conhecida, tendo sido descrita pela primeira vez por Hipócrates e reconhecida como doença específica em 1659, quando Thomas Willis descreveu seus sintomas, discriminando-a de um grande número de outras doenças similares. No entanto, seria somente na

segunda metade do século XIX que iriam se desenvolver os estudos sobre sua transmissão. Em 1826 o médico francês Trousseau deu um grande passo na descrição da doença, distinguindo-a de outras enfermidades intestinais, a partir da especificidade de suas lesões anatomopatológicas. Também estudou detalhadamente a inflamação das glândulas de Peyère de Brunner. Três anos mais tarde seus estudos foram confirmados por Pierre Louis, que descreveu detalhadamente as lesões *post mortem* deixadas pela febre tifóide, em especial a hipertrofia e a ulceração das placas de Peyer (Saraiva-Gomes, 1991).

Mas foi na segunda metade do século XIX que os conhecimentos sobre a especificidade e a transmissão doença mais se ampliaram. Em 1850 Jenner deu fim à confusão que se estabelecia entre a febre tifóide e o tifo, demonstrando diferenças entre as manifestações cutâneas e as lesões anatomopatológicas das duas doenças. Em relação à transmissão, trabalhos elaborados a partir de 1853 pelo médico inglês Willian Budd mostraram que o agente causador da febre tifóide era expelido pelas fezes e que o leite e a água contaminada eram importantes fontes de transmissão da infecção. Em 1880 o bacteriologista alemão Karl Joseph Eberth, por meio de exames histopatológicos, identificou o bacilo, que depois levaria seu nome, em órgãos de doentes vitimados pela febre tifóide. Quatro anos depois o agente da doença seria isolado em meio de cultura (idem, *ibidem*; Bier, 1994).

Esse conjunto de descobertas viria facilitar a elaboração de um diagnóstico mais preciso das duas doenças. Mas até os últimos anos da década de 1890 um problema ainda se colocava: como na maioria das vezes a febre tifóide tinha uma evolução benigna, a comprovação anatomopatológica de seu diagnóstico era de difícil realização. Já a malária tinha seu diagnóstico clínico ratificado pela existência de plasmódios no organismo dos doentes; no entanto, não era fácil determinar se uma região era malarígena, pois sempre havia a possibilidade de existência de casos importados. Por outro lado, o fato de a malária, assim como a febre tifóide, ter como sintoma clínico mais comum o estado febril intermitente tornava difícil a individualização das duas enfermidades.

Voltemos à nossa questão. Na última década do século XIX, esses novos conhecimentos começariam a transformar as maneiras de se ver a doença também em São Paulo. Desde o final dos anos 1880, alguns médicos já suspeitavam que as febres paulistas poderiam ser de origem tifóide, não se relacionando com a infecção palustre. Ainda em 1890 o médico Sá Leite declarou ter tratado vários doentes das chamadas febres paulistas com sucesso, na Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, sem fazer uso da menor parcela de quinino. Sem saber, ele dava os primeiros passos no diagnóstico diferencial da doença em relação à malária.

Em 1894, Adolpho Lutz¹⁰, inconformado com o fato de, apesar das evidências contrárias, alguns médicos permanecerem diagnosticando as febres de São Paulo como formas de malária, resolveu se voltar para a questão. A seu ver, esses diagnósticos tinham como base antigas concepções miasmáticas que viam a malária como uma febre palustre associada a fatores ambientais diversos e não se sustentavam por desprezar as especificidades da doença. A inexistência de formas típicas de malária nas regiões onde surgiam os casos de febres paulistas tornava inviável o diagnóstico desses males como formas malarígenas. Além disso, não era encontrado o agente etiológico da malária nos locais em que se verificavam os casos diagnosticados como febres paulistas.

A partir das observações clínicas de enfermos, Lutz avaliou a doença como febre tifóide. Tal enfermidade já era sua velha conhecida, pois ele a estudara na Europa, quando efetuava sua residência médica em Viena, chegando a contraí-la em 1878 na cidade de Leipzig (Lutz, op. cit.). Lutz passou a postular a inexistência das chamadas febres paulistas, que nada seriam além de formas diversas da febre tifóide. A opinião dele não foi, contudo, aceita por um grande número de médicos, sendo duramente criticada na imprensa. Assim, a discussão permaneceu em aberto.

A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e as febres

Na Sociedade de Medicina, a questão das febres paulistas aportou em julho de 1886, num editorial do *Boletim*. O texto versava sobre o diagnóstico da doença e reafirmava as opiniões de Lutz sobre o tema. Ou seja: as febres paulistas nada mais eram que febre tifóide, e por isso a administração de quinino nesses casos era inútil e prejudicial. O teste diagnóstico de Widal¹¹ era tido como a forma ideal para a identificação da doença. Na verdade, o artigo tentava mostrar a importância do diagnóstico recém-descoberto na identificação da doença.

Somente no ano seguinte a doença voltaria a ser discutida na sociedade. Naquele momento Lutz havia conseguido isolar o agente etiológico da febre tifóide em fezes de pacientes atacados pelas febres paulistas, o que reforçava sua antiga opinião. Para dirimir qualquer possibilidade de dúvida, ele enviou três culturas do bacilo isolado para o próprio Eberth — o que primeiro descrevera o agente etiológico da doença. O diagnóstico foi reafirmado pelo bacteriologista alemão. Para reforçar ainda mais sua opinião, Lutz elaborou uma coleção anatomopatológica a partir das autópsias realizadas no Instituto Bacteriológico. A seu ver, ela mostrava de forma definitiva que a enfermidade em questão era febre tifóide.

Esta coleção de observações anatômicas — sem dúvida a mais rica que existe sobre nossas febres — prova de um modo absolutamente inequívoco que as nossas febres de longa duração, quando terminadas pela morte, sempre e sem exceção, apresentam os caracteres anatômicos e bacteriológicos da febre tifóide legítima (Lutz, 1897, p. 407).

Em 1º de fevereiro de 1897, o médico Desidério Stapler apresentou um trabalho no plenário da Sociedade, assegurando a existência de febre tifóide em São Paulo. Sua afirmação tinha por base a sintomatologia, as peças anatomopatológicas e as culturas do bacilo de Eberth, enviadas anteriormente à Sociedade por Lutz. Seu artigo também se voltava para a profilaxia do mal, atribuindo àquela instituição o papel de advertir o público sobre as formas de prevenção contra a doença.

O diagnóstico da febre tifóide para o médico é de certa importância, ao doente porém é indiferente. ... O que porém para o público em tais circunstâncias é mais importante é não adoecer de tifo. E creio novamente que a Sociedade de Medicina e Cirurgia tem o dever de tomar a iniciativa. Pelos jornais diários devemos advertir ao público de não usar senão água filtrada. ... Entre nós não se pode negar que temos uma epidemia. Prevenir a população seria o primeiro passo. Em segundo lugar, devemos influir sobre as autoridades, para colocar filtros em todas as casas. Para não embarçar, neste caso, as classes mais pobres, o governo devia encomendar uma quantidade grande de filtros e vendê-los a preço de custo. Seria também de grande importância mandar examinar todas as fontes da Cantareira, se contêm bacilos de tifo, e não deviam ser usadas aquelas em que se encontrassem os mesmos. Devia-se nomear uma comissão de médicos da sociedade, encarregando-os da instrução do público, como também de fazer as propostas necessárias às autoridades competentes (Stapler, 1897, p. 17).¹²

O trabalho de Stapler reacendeu as discussões sobre a febre tifóide. Tal foi o interesse dos associados no assunto que o presidente da casa resolveu que, enquanto o tema estivesse em pauta, as reuniões ordinárias passariam a ser semanais e não mais quinzenais, como de hábito.

Durante meses a fio a discussão se manteve. Logo vários outros trabalhos vieram a lume. O segundo a escrever foi Carlos Vasconcellos, que num extenso artigo reafirmava as opiniões de seus colegas. As febres existentes no estado seriam febre tifóide, e não malária; assim, não deveriam ser tratadas com quinino. Vasconcellos baseava suas opiniões em observações e procedimentos de cunho bacteriológico. Da mesma forma que seu antecessor, ele dava grande valor aos trabalhos do pessoal do Instituto Bacteriológico, reafirmando a autoridade científica desses técnicos no trato com o tema.

Deixemos porém a palavra ao benemérito Instituto Bacteriológico de São Paulo, que, dirigido por talentos de superior cultura, indiscutível competência e provada probidade científica, tem feito protocolar todas as peças do processo patológico e comprovar as suas investigações pelo mais competente dos juizes em tal assunto, o sábio professor Eberth. Que nos seja permitido dizer desta tribuna que, sem os trabalhos dos eminentes colegas deste estabelecimento, a quem rendemos o mais sincero preito de homenagem, a solução da momentosa questão ficaria indefinidamente no terreno especulativo (Vasconcellos, 1897, p. 36).

É interessante reforçar que, em fevereiro de 1897, momento no qual se iniciava a discussão, as conclusões elaboradas no Instituto Bacteriológico eram largamente aceitas. Alguns cronistas chegam a afirmar que o próprio Lutz teria ido à Sociedade apresentar seu trabalho (Borges, 1959; Antunes *et alii*, 1992). As atas das reuniões não retrataram esse fato, o que o torna bastante improvável. No entanto, Artur Mendonça, assistente de Lutz, defendia as opiniões dos pesquisadores do Instituto nas reuniões da Sociedade.

De qualquer forma, o que se observa nesse primeiro momento das discussões é a busca de aliados com alto grau de autoridade científica. Não podemos esquecer que Lutz e o Instituto Bacteriológico vinham há alguns anos obtendo sucesso no diagnóstico de surtos epidêmicos, caracterizando-se essa instituição biomédica como a de maior prestígio científico da cidade. Assim, não nos parece inesperado que, nos primeiros momentos da discussão, suas posições fossem aceitas e reiteradas até por pesquisadores que não partilhavam dos conhecimentos microbiológicos.

Seria desnecessário e extremamente tedioso para o leitor relatarmos todo o conjunto de artigos e discursos sobre o tema, pois a maioria deles assume um tom professoral, citando um exagerado número de autores estrangeiros para tentar convencer seus oponentes. Outros prendem-se a detalhes de diagnósticos de casos clínicos. Embora concordemos com a afirmação de Latour (1989), de que a análise dos textos científicos demonstra importantes aspectos sobre os contendores e sobre o jogo de forças existente, para sermos mais sintéticos evitaremos utilizar essa metodologia, contentando-nos em fazer uma breve caracterização das posições em pauta, apresentar seus defensores e analisar alguns motivos relacionados as suas escolhas.

Os médicos Desidério Stapler, Carlos Vasconcellos, Artur Mendonça, Bettencourt Roiz e Bernardo Magalhães se colocaram a favor da existência de febre tifóide endêmica na cidade, apresentando suas posições em artigos lidos na tribuna da Sociedade ou em discussões no plenário.¹³ Carlos Vasconcellos havia sido professor de patologia médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e naquele momento exercia a clínica em São Paulo (Meira, 1937). Bernardo Ribeiro Magalhães era um dos mais afamados médicos da cidade; quando da fundação da

Gazeta Clínica, tornou-se seu redator-chefe. Artur Mendonça, como dissemos, era assistente do Instituto Bacteriológico e braço direito de Adolpho Lutz nas pesquisas laboratoriais. A partir de 1898 passou a editar, em conjunto com Victor Godinho, a *Revista Médica de São Paulo*, importante periódico médico com forte inclinação para os temas relacionados à microbiologia. Desidério Stapler havia trabalhado como chefe de serviço do Instituto Sanitário de Viena. Sobre Bettencourt Roiz não temos qualquer informação.

Quadro I

Médicos que se posicionaram em relação à controvérsia sobre as febres paulistas

Adeptos da febre tifóide	Adeptos da malária	Adeptos de uma nova doença
Desidério Stapler	Odilon Goulart	Bettencourt Rodrigues
Carlos Vasconcellos	Canuto Val	Bráulio Gomes
Arthur Mendonça	Teodoro Reichert	Miranda de Azevedo
Bitencourt Roiz		
Bernardo Magalhães		
Aurélio Portugal		

Como vimos, Desidério Stapler e Carlos Vasconcellos comungavam com as observações de Lutz, ou seja, com as bases bacteriológicas que sustentavam a discussão. O primeiro se voltava para a dificuldade de se proceder ao diagnóstico diferencial da febre tifóide, pela confusão que se podia dar com outras enfermidades, principalmente a malária. Para resolver o problema apontava para a bacteriologia, mostrando que a descoberta do bacilo de Eberth, a reação de Widal e um tipo específico de exame de sangue, desenvolvido por Paul Erlich, podiam resolver a questão (Stapler, op. cit.).

Carlos Vasconcellos (op. cit.) avançava um pouco mais; seu trabalho procurava demonstrar que a doença em questão também não podia ser confundida com outros tipos de febres, à época classificadas como febres climáticas. Artur Mendonça (1897) obviamente comungava também com as considerações anteriores, pois era ele mesmo o responsável pelas autópsias elaboradas no Instituto Bacteriológico e pelas peças anatomopatológicas levadas à Sociedade. Bettencourt Roiz partia de observações clínicas, mas chegava à mesma conclusão dos colegas, propondo se tratar de um tipo característico de febre tifóide, denominado “febre tifóide sudoral de Jaccoud”. Bernardo Magalhães (1897), a partir da observação dos estudos clínicos e dos trabalhos de bacteriologia e anatomia patológica, propunha que as febres da cidade de São Paulo não passavam de um tipo de febre tifóide modificada pelo meio. Sua principal postulação era a ineficácia do uso de quinino na terapêutica dessas pirexias.

Odilon Goulart, Canuto do Val e Teodoro Reichert acreditavam que os casos caracterizados como febre paulista nada mais eram do que

formas de malária, mostrando-se críticos às opiniões provenientes de preceitos bacteriológicos.

Para Odilon Goulart (1897), existiam as duas manifestações mórbidas na cidade, a malária e, em menor número, a febre tifóide. Seu trabalho era uma crítica contundente à “rápida aceitação”, por parte de diversos médicos, das explicações bacteriológicas e anatomopatológicas. Embora não fosse contrário a tais explicações, assegurava que elas ainda careciam de um universo de pesquisa com amplitude suficiente para sustentar as conclusões apresentadas. Assim, afirmava que o fato de não se ter encontrado o hematozoário de Laveran nos doentes examinados não era suficiente para afirmar a inexistência de malária na cidade. De forma semelhante, as poucas autópsias elaboradas no Instituto Bacteriológico não poderiam ser utilizadas como prova de que todos os casos com sintomatologia semelhante eram de febre tifóide e não de malária.

Canuto Val fechava questão com as concepções higienistas. A seu ver, “no estudo das febres reinantes em São Paulo, deve-se ter em conta, ao lado da observação clínica, as condições etiológicas favoráveis ao desenvolvimento das moléstias” (Val, p. 41). Entendam-se como condições etiológicas as condições de solo e temperatura, que, no entender do médico, eram favoráveis ao surgimento da malária. Já as observações clínicas apontavam para a existência de casos de malária que, se fossem mal curados, apresentariam manifestações semelhantes às da febre tifóide, sem contudo se caracterizar como casos desta doença. Para curar o mal, a recomendação era explícita: quinino. Seu trabalho em muito se assemelhava ao tratado sobre as febres de Torres Homem, e embora ele não afirmasse a origem miasmática da doença, também não incorporava as recentes postulações dos microbiologistas sobre sua etiologia

Teodoro Reichert (1897) acreditava na existência das duas doenças na cidade. Esta posição tinha por base sua experiência de vários anos como clínico. Seu artigo apresentava o histórico de dois casos de piroxias, que ele sustentava ser um de febre tifóide e outro de malária, pela especificidade dos sintomas.

Miranda de Azevedo, ex-presidente da Sociedade, Bettencourt-Rodrigues e Bráulio Gomes imaginavam que se tratava de uma nova doença. Bettencourt-Rodrigues — que deixou informações mais precisas sobre suas idéias — achava que o exame clínico era superior aos dados de origem bacteriológica e anatomopatológica, no que dizia respeito à grande maioria das doenças e em especial à febre tifóide. Acreditava na existência das duas doenças na cidade, mas, a despeito disso, postulava que a febre em questão deveria ser classificada como uma nova doença. Suas conclusões tomavam por base a sintomatologia dessas febres, que ele considerava específica. A seu ver, as febres paulistas tinham a peculiaridade de ter quase sempre um início brusco, com temperaturas altas (atingindo de 39 a 40 graus) já nos primeiros três dias, fato raro em relação à febre tifóide, que se iniciava com uma fase

de mais de uma semana de febre baixa. No decorrer da doença, os acometidos pela febre paulista também não apresentavam estados febris similares aos dos acometidos pela tifoide. Os primeiros apresentariam um traçado calorimétrico totalmente irregular, que já se iniciava de forma aguda; os segundos, curvas calorimétricas regulares e pouco acentuadas, tendendo à hipotermia no período de convalescença. Vários outros aspectos facilmente observáveis pelo clínico mostravam a diferença entre os dois males.¹⁴ Em relação à etiologia da doença, Bettencourt Rodrigues (20.2.1899) duvidava da especificidade do bacilo de Ebert para a febre tifoide; condenava também o teste de Vidal, acrescentando que qualquer outro germe com afinidade com este bacilo poderia provocar, no soro, o poder de aglutinar culturas do bacilo.

Bráulio Gomes (1897) também apostava na existência de uma nova piroxíxia, ao lado da igualmente existente febre tifoide. No seu entender, a malária era muito rara ou ausente na cidade. Seus argumentos contra a identificação das febres paulistas à febre tifoide eram provenientes de uma observação clínica que realizou. Ao tratar uma mulher acometida pela chamada febre paulista, logo notou que a sintomatologia era bastante diferente da causada pela malária. Como sua paciente também apresentava uma forte prisão de ventre, sintoma incompatível com a febre tifoide, Bráulio Gomes reforçou sua hipótese de estar diante de uma nova doença. Fiel defensor da bacteriologia, ele várias vezes assegurava que em pouco tempo os bacteriologistas iriam encontrar um novo microrganismo responsável pelas febres. Deixemos seu próprio texto (idem, ibidem) esclarecer um pouco mais sobre sua opinião:

As febres que nos ocupamos são estas longas, fatigante para o doente e para o médico, que se eternizam, zombam de todas as medicações, cujo quadro sintomático é um verdadeiro disparate e que finalmente terminam pelo restabelecimento do doente! São estas as febres que durante cinco anos observei em Campinas e que nunca observei no estado do Rio [de Janeiro] quando lá cliniquei. Creio, pois, que um novo micróbio chama a postos os nossos bacteriologistas.

Miranda de Azevedo (1897) já havia se voltado para o tema no Congresso de Medicina de Budapeste, no qual representou o Brasil. Ele sustentava a existência das duas doenças no estado de São Paulo, mas as febres paulistas não podiam ser incluídas em qualquer das duas classificações. No seu entender, existiam em São Paulo:

- 1º. A febre palustre de diversas formas cuja causa é o plasmódio de Laverran;
- 2º. A febre tifoide modificada segundo o clima, que é confundida com a febre remitente e com outras formas de infecção palustre;
- 3º. Uma febre diferente das febres paulistas e da febre tifoide, e que deve ter uma outra causa produtora;

4º. A febre remitente biliosa, a qual tem uma outra causa que o plasmódio de Laverran.

A seu ver, as febres paulistas eram a doença caracterizada no terceiro tópico. Os diferentes sintomas clínicos, observados por seus colegas Bettencourt Rodrigues e Bráulio Gomes, faziam com que elas tivessem de ser vistas como uma nova entidade nosológica, já observada em outros países quentes e que estava à espera de uma elucidação etiológica (SMCSP, 1897).

Em 3 de novembro de 1897 a Sociedade resolveu nomear uma comissão para elaborar um parecer sobre a questão das febres. Esta foi formada por Carlos Vasconcellos, Tibério de Almeida, Bernardo Magalhães, Artur Mendonça e Bonilha de Toledo. Pela sua composição, já era possível antever o resultado do parecer. Afora o médico Tibério de Almeida, que não escreveu nenhum artigo sobre o tema nem teve seu nome citado nas atas das reuniões em que foi discutida a questão, todos os outros membros da comissão eram sabidamente a favor da existência da febre tifóide no estado e na capital; da inexistência da malária na cidade de São Paulo e da ineficácia do quinino no tratamento das febres. Bonilha de Toledo também não havia emitido opinião sobre o tema até então, mas sua condição de microbiologista pesquisador do Instituto Bacteriológico deixava clara a sua posição.¹⁵

Na reunião de 1º de dezembro de 1897, a comissão apresentou seu parecer sob a forma de alguns itens (idem, ibidem), voltados para os diferentes aspectos das pirexias, desde as sintomatologias mais encontradas até o sucesso ou insucesso das terapêuticas da época. O relatório era evidentemente a favor da febre tifóide, reconhecendo e identificando a sintomatologia intestinal, o mesmo curso febril, a mesma epidemiologia e acentuando o malogro dos medicamentos antimaláricos.

- 1 – Que na capital de São Paulo se podem observar todas as modalidades clínicas de pirexias.
- 2 – Que as pirexias denominadas febres paulistas não constituem entidade nosológica nova ou desconhecida no país.
- 3 – Que essas pirexias são modalidades clínicas de tifo abdominal, provadas pelas observações detalhadas, pelo exame anatomo-patológico, pelas culturas bacteriológicas e pelo tratamento.
- 4 – Que as pirexias revestem-se em geral das formas benignas ou graves, atenuadas ou completas do tifo abdominal europeu.
- 5 – Que em geral essas pirexias revestem-se de maior benignidade aqui em São Paulo.
- 6 – Que nem por observação, nem pelo exame bacteriológico, nem pela anatomia patológica, se demonstrou a natureza palustre da pirexia denominada — febres paulistas.

7 – Que pelas condições topográficas da natureza geológica do terreno, o impaludismo não existe na capital, ou suas manifestações são por tal forma atenuadas que não pode constituir um característica do solo malarial.

8 – Que as pretendidas febres paulistas cedem, francamente, sem a aplicação de quinina e seus sucedâneos.

9 – Que essas pirexias obedecem, pela sua evolução, duração, períodos e marcha de temperatura, ao tipo clínico febre tifóide.

10 – Que um primeiro ataque dessas pirexias confere imunidade absoluta, ao contrário do que sucede com as febres palustres, em que o primeiro ataque dispõe a reincidências.

11 – Que o tratamento a seguir em tais casos deve ser aconselhado para as diversas formas de febre tifóide, ou melhor diríamos — a expectativa armada.

12 – Que o sulfato de quinino, máxime na dose que é empregado, não aproveita, nem quanto a evolução, nem quanto a duração da moléstia. Ao contrário, ... pode dar lugar a fenômenos graves favorecendo as intoxicações secundárias.

Como de hábito, apresentado o relatório, o ‘adiantado da hora’ impediu a sua discussão. Na sessão seguinte ela seria inevitável. Posto em pauta, o parecer seria violentamente criticado. Muitos médicos se indignaram com o caráter inflexível do documento, que não fazia qualquer concessão a postulações discordantes. Para o médico Bráulio Gomes tratava-se de um parecer de ferro. Ele e Sérgio Meira seriam os principais críticos do documento, acrescentando que a comissão não havia levado em conta as opiniões dos médicos Bettencourt Rodrigues e Odilon Goulart, só se voltando para as opiniões do grupo que era contrário à existência de malária na cidade. Teodoro Reichert também se mostrou contrário ao parecer. A favor apartearam Artur Mendonça, Desidério Stapler e Carlos Vasconcellos. Miranda de Azevedo, presidente da sessão, resolveu então desmembrá-lo e votá-lo item por item. Com essa medida inverteram-se as posições, obtendo vantagem os críticos do parecer (SMCSP, 1897a).

Na votação nominal, os dois primeiros itens foram prontamente aceitos, o que colocava por terra a opinião dos partidários da existência de uma nova entidade mórbida. O terceiro item — a postular, com base em exames bacteriológicos e anatomopatológicos, que a febre paulista era na verdade febre tifóide — foi rejeitado por quinze votos contra oito. Esta definição alterava todo o sentido do parecer, prejudicando vários dos itens seguintes (4, 5, 8, 9 e 12). Os itens 6 e 7 — que afirmavam que nem pelo exame bacteriológico nem pela anatomia patológica havia se demonstrado a natureza palustre da pirexia denominada febre paulista e a inexistência de malária na capital do estado — também foram rejeitados, recebendo somente

oito votos favoráveis. Igualmente foram rejeitados os itens 10 e 11 e 12, propugnando que os casos em questão eram de febre tifóide em virtude da sua não-reincidência e que o quinino não deveria ser utilizado para o tratamento dessas pirexias (*idem, ibidem*).

Terminada a votação, Miranda de Azevedo, que presidia a sessão, nomeou uma comissão para fazer a síntese do que fora decidido, constituída por Clemente Ferreira, Arnaldo Vieira de Carvalho e Campos Sales. Como se poderia esperar, ao contrário da maioria do plenário, Miranda de Azevedo não aceitava a segunda postulação do parecer (afirmando que as febres paulistas não eram uma nova entidade mórbida). Por isso registrou em separado a sua posição sobre o problema — a mesma apresentada no Congresso de Budapeste, sugerindo a necessidade de novos estudos bacteriológicos sobre o tema. A seu ver, “estas pirexias a que se tem dado o nome de febres paulistas precisam ser estudadas sob o ponto de vista bacteriológico, como tem sido feito o estudo clínico por colegas distintos como os drs. B. Rodrigues, Bráulio Gomes e outros” (*idem, ibidem*).

A votação a seco, sem discussão, fez com que todo o debate anterior ficasse reduzido a assertivas sobre a existência de todas as modalidades clínicas de febres na cidade; e que as febres paulistas não constituíam uma doença nova ou desconhecida no país. O resultado da votação, no entanto, deve ser visto mais pela sua força negativa do que pela sua positividade. Nesse sentido, ele mostrava a recusa da aceitação da identificação das febres paulistas com a febre tifóide e indicava que as primeiras poderiam ser formas de malária. Como aconteceria várias outras vezes, o assunto não voltou a ser discutido. Mas, apesar de nunca ter sido redigido um parecer final em substituição ao que fora retalhado, para o campo médico paulista a dessemelhança entre as febres paulistas e a febre tifóide — e a identificação das primeiras com as formas malarígenas — ficou consignada como posição oficial da Sociedade, sendo muitas vezes citada em textos que narram a história das doenças e da medicina no estado.

Um pouco de discussão

Os textos de memorialistas que se voltaram para esse acontecimento normalmente afirmam o contrasenso da votação do parecer frente às evidências já apresentadas pelo pessoal do Instituto Bacteriológico. Aliás, segundo esses trabalhos, o tempo provaria que os pesquisadores do Instituto estavam do lado da verdade científica, pois pouco a pouco a mortalidade por febres paulistas foi caindo nas estatísticas do Serviço Sanitário, em contraposição à mortalidade por febre tifóide, a ampliar-se cada vez mais (Pestana, 1918; Borges, *op. cit.*).

O pesquisador do Instituto Bacteriológico Bruno Rangel Pestana (*op. cit.*, p. 102), escrevendo sobre a febre tifóide em São Paulo, em 1918, afirmava: “Travou-se uma longa discussão na Sociedade de Medicina

e Cirurgia de São Paulo, sem que os partidários das febres paulistas apresentassem novas provas contra os fatos científicos documentados pelo mencionado estabelecimento (Instituto Bacteriológico).” O médico Durval Borges (op. cit.) escreveu, com algum sarcasmo, que, na “memorável noite de democracia e de ciência”, a decisão da Sociedade pendera para a identificação da febre paulista com a malária. A seu ver, isso se dera porque “devido à posição que alguns dos clínicos tinham assumido durante tanto tempo, a malária contava com adeptos apaixonados, que se lançaram na mais veemente cabala científica de que se tem notícia” (idem, *ibidem*).¹⁶

Alguns historiadores também seguem essa forma de análise. Para Stepan (1976, p. 133), “o estudo das febres paulistas por Lutz levou-o a um choque com vários médicos da cidade, já que sua classificação baseada em organismos causadores contrariava as classificações tradicionais baseadas em sinais e sintomas clínicos”. Depois de relatar o processo de votação levado a cabo na Sociedade, a autora enxerta em seu texto uma citação do próprio Lutz (*apud* idem, *ibidem*, p. 133), que afirmava: “... os médicos de São Paulo tinham pouca inclinação para formar uma opinião objetiva sobre os assuntos médicos do dia. Em vez disso, se opunham sistematicamente a todo progresso, baseando suas idéias em trabalhos de autores que não eram competentes ou estavam superados”. Ao fazer sua afirmação de Lutz, Stepan acaba comprando a idéia de que os clínicos paulistas tinham uma posição retrógrada frente às novidades da ciência.

O trabalho de Stepan e de outros baseiam-se em opiniões de Adolpho Lutz, consignadas em seus relatórios e artigos sobre a doença. Stepan e Borges também utilizam o texto da filha de Lutz, Berta, afirmando que a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo muitas vezes incentivou críticas às inovações bacteriológicas feitas por médicos de grande reconhecimento, voltados para outras concepções de medicina (Lutz *et al.*, 1943). Ao tomar como base, de forma acrítica, a posição de personagens envolvidos na controvérsia, tais análises acabam por se mostrarem pouco isentas, pendendo para o lado dos adeptos da bacteriologia. Além disso, esses autores acabam caindo na armadilha de julgar um evento a partir de eventos que ocorreram posteriormente. O fato de a posição de Lutz ter posteriormente sido aceita pelo campo científico não retira a coerência das posições que, naquele momento, navegavam em sentido contrário.

Outra posição é a de José Leopoldo Antunes (op. cit., p. 53). No seu entender

O conflito configurou importante momento da história das ciências biomédicas no Brasil. Posto que estava em questão a afirmação da microbiologia perante as classificações nosológicas tradicionais, baseadas em sinais e sintomas clínicos, que não aceitavam a concepção de microorganismos causadores dos fenômenos patológicos.

A afirmação aponta para o alvo, mas não o acerta, pois, embora o conflito realmente colocasse frente a frente a microbiologia e as classificações nosológicas de base clínica, o problema não era a recusa da origem microbiológica das febres paulistas, por parte do grupo contrário à identificação destas com a febre tifóide, mas, antes, o fato de esses cientistas entenderem que as pesquisas de base microbiológica realizadas até então não autorizavam a conclusão dos microbiologistas do Instituto Bacteriológico.

Outra forma de ver a questão é a de Benchimol (2003) e Almeida (2003). Para estes autores, o litígio em questão estava relacionado a uma espécie de estranheza das práticas terapêuticas usuais da clínica médica frente à bacteriologia. A nova medicina e seus arrogantes defensores acabavam por ameaçar a atuação dos clínicos no campo médico, assim como o próprio prestígio social deles. Além disso, parecia indicar que o arsenal de saberes e técnicas utilizadas nos consultórios e hospitais desde os tempos imemoriais poderiam não mais dar conta do tratamento de diversos estados mórbidos.

As convicções daquela classe médica em querer manter seu *status quo* como médicos de tradição clínica, e a dos bacteriologistas, em se identificarem como vanguarda iluminada da medicina, compuseram um dos pivôs para se compreender tais combates, comumente classificados como científico *versus* pré-científico, ou como moderno *versus* atrasado pelas abordagens mais convencionais acerca do processo de lutas pela supremacia do saber médico (Almeida, op. cit., p. 89).

Concordamos com esses dois autores que, a nosso ver, reformulam a questão, até então apresentada como resistência de velhos saberes ultrapassados a um novo conhecimento de caráter científico e indiscutível eficácia. Com eles passam a ser levadas em conta as questões relativas a interesses, autoridade científica e posicionamento no campo médico. Gostaríamos, contudo, de acrescentar mais alguns aspectos a essas análises. Para tanto, identificaremos os atores e acompanharemos suas argumentações no contexto em que eram construídas; pois no momento em que a questão se desenrolava e, conseqüentemente, todas as posições em jogo ainda estavam em processo de negociação, nada indicava que os bacteriologistas eram senhores de uma verdade insofismável; somente no contexto da justificação retrospectiva eles assumiram tal papel. Vejamos separadamente os fatores que fazem parte dessa equação.

O objeto da discussão. Antes de mais nada, é imperioso destacar que a questão das febres era bastante controversa. Embora retrospectivamente possamos observar que os estudos no campo da anatomia patológica e da bacteriologia tornaram mais precisos o diagnóstico e a etiologia da doença,¹⁷ na época eles ainda eram bastante recentes, não fazendo parte do acervo de consensos sobre o tema. Como observamos no

início deste texto, o conhecimento sobre as febres no Brasil do século XIX teve sua gênese relacionada à questão do clima, muito antes da era da bacteriologia. Já os conhecimentos dos clínicos no período, embora englobassem as novas aquisições bacteriológicas em níveis diversos de profundidade, muito deviam a estudos que precediam os saberes microbianos. O livro de Torres Homem (op. cit.), por exemplo, diversas vezes citado pelos esculápios em contenda, possivelmente foi por eles trabalhado em suas graduações ou usado como manual em suas atividades clínicas.

Com o advento da bacteriologia, a existência de miasmas palustres causadores de diversos tipos de pirexias, defendida por Torres Homem e seus contemporâneos, parecia perder o sentido. No entanto, a pluralidade de sintomas observada nos doentes inclinava os clínicos paulistas a continuar defendendo a existência de enfermidades diferenciadas. Não podemos esquecer que, até aquele momento, os sintomas eram elementos de grande importância na classificação de uma entidade mórbida e a chave do diagnóstico clínico. Assim, a influência dos saberes provenientes de conceitos pré-bacteriológicos e da experiência profissional era fonte de resistência à nova noção da doença que vinha se formando. O que queremos afirmar é o contexto de transformação no diagnóstico das febres, em que elementos da bacteriologia e até de concepções miasmáticas estavam presentes em diversas concepções. O próprio parecer da Sociedade de Medicina e Cirurgia revela esse aspecto, pois em meio a afirmações de base bacteriológica (ver item 6), encontram-se até argumentações de ordem telúrica, como a que indica as condições topográficas e geológicas da cidade de São Paulo como impeditivo da alta prevalência de malária na cidade (item 7).

Os participantes. As atas da Sociedade mostram que, no período em que se deu a controvérsia, seu quadro de sócios era composto por 50 nomes. Destes, 23 participaram da discussão final, sendo que 18 deles foram contrários aos itens relativos à inexistência da malária na cidade. Durante todo o processo de discussão, somente 12 sócios emitiram opinião verbal ou escrita sobre a questão. Isso mostra a existência de um pequeno grupo mais ativo. Figuras como Artur Mendonça, Miranda de Azevedo, Bettencourt Rodrigues, Bernardo Magalhães e vários outros que não participaram dessas discussões eram extremamente ativos nos debates da Sociedade, nos quais apresentavam opiniões escritas e verbais sobre os mais variados aspectos da medicina. Esses mesmos médicos também pontificavam em outras instituições do período, como revistas médicas e institutos de pesquisa, podendo ser caracterizados como uma verdadeira elite médica da época.

Mas nem só desses senhores vivia a Sociedade. Também existia um numeroso grupo de sócios menos atuantes que não deixaram registro de suas concepções. Não conseguimos fontes que nos permitissem mostrar suas características profissionais. No entanto, algumas

observações podem ser feitas. É sabido que os estudos no campo da bacteriologia eram bastante incipientes nessa época, sendo que somente o Instituto Bacteriológico se voltava para pesquisas experimentais na área. Como vimos anteriormente, seus representantes foram ferrenhos defensores da inexistência de malária e da identificação bacteriológica da febre tifóide. Por outro lado, uma olhadela nos jornais da época mostra que a maioria dos sócios — em especial os que estavam na mencionada sessão — se voltava mormente para o exercício da clínica.

O *Estado de São Paulo* do período traz vários anúncios de médicos na cidade. Nas páginas deste jornal, Teodoro Reichert apresentava-se como médico e operador, dedicando-se a moléstias de crianças e senhoras; era especialista em febre sífilis e operações de estreitamento da uretra. Amâncio de Carvalho também oferecia seus trabalhos como médico e operador. Oliveira Fausto identificava-se como médico cirurgião e parteiro, acrescentando que operava com frequência nos hospitais da Europa, praticando operações de pequena e alta cirurgia. Antonio de Campos Sales qualificava-se como médico cirurgião e parteiro. Bráulio Gomes também se dedicava a partos e moléstias das senhoras. Desiderio Stapler, como já observamos, se apresentava ao público como ex-substituto da Policlínica Central, chefe de serviço do Instituto Sanitário em Viena, operador e especialista em moléstias de senhoras.¹⁸

O que procuramos realçar é que, nessa controvérsia, existiam dois grupos distintos, sendo que os representantes do grupo minoritário, que aceitavam em variados graus os saberes bacteriológicos, em virtude de suas posições relativas no campo médico e capital científico acumulado, tinham muito mais visibilidade nas discussões. O grupo maior e mais desconhecido possivelmente era composto por clínicos de consultórios e hospitais, menos renomados, pouco atuantes ou menos presentes na Sociedade. No entanto, tudo isso não impediu a sua vitória na votação do parecer.

Os argumentos de convencimento. Ao relatar o desenvolvimento da controvérsia, referimo-nos aos principais argumentos dos diversos grupos envolvidos. No presente momento, iremos nos voltar apenas para os pontos centrais que sustentavam o parecer elaborado pelos defensores da febre tifóide e as críticas a ele proferidas. O parecer tinha dois pontos como sustentáculo: um se referia ao resultado das autópsias e à observação do bacilo de Eberth por Lutz, que pareciam indicar a existência de febre tifóide. O outro era o fato de não se ter encontrado doente algum infectado com plasmódio na cidade, o que demonstrava a inexistência de malária na região. Como consequência, nesses casos, o uso do quinino era prejudicial e inócuo. Retrospectivamente, nada pode parecer mais evidente. Algumas considerações apresentadas pelos partidários da existência de malária na cidade, a que já nos referimos, contudo, mostram que não era bem assim. Em primeiro lugar, como observou Odilon Goulart, o fato de não se ter encontrado o protozoário da malária nos doentes observados não significava a inexistência da

malária na cidade, pois ele poderia vir a ser encontrado posteriormente em outros enfermos. Em relação às autópsias elaboradas por Lutz e Mendonça, Goulart (op. cit.) acrescentava que elas não passavam de 15. A existência desses casos de febre tifóide na cidade não implicava que todos os casos de febres fossem iguais. Com referência ao quinino, vale observar que, como grande parte dos casos de febre tifóide tem uma evolução benigna na ausência de medicação específica após a quarta semana de adoecimento, o uso do medicamento no período deixava a impressão de melhora dos pacientes; ou seja, naquele momento, fazia mais sentido a argumentação dos visíveis benefícios da medicação do que o *parti pris* de que, se não havia malária, o uso do quinino não traria vantagens ao doente.

Conclusão

Os aspectos da controvérsia observados deixam claro que a crítica à posição dos defensores da microbiologia não era sinônimo de obscurantismo. Ao contrário; podemos dizer que, naquele momento somente a fé inabalável na nova ciência dos micróbios fazia das afirmações dos microbiologistas verdades incontestáveis.

Aumentando a precisão de nossa análise, podemos argumentar que, mais do que uma questão de fé, tratava-se do vislumbre do rol de possibilidades que a nova ciência dos micróbios parecia descortinar. Em relação aos médicos da Sociedade de Medicina e Cirurgia que defendiam a bacteriologia, isso fica evidente. Convertidos ao novo conhecimento e esperançosos de sua capacidade de, no futuro, desvendar a causa de diversas doenças, eles já o utilizavam, ou defendiam irrestritamente seus colegas voltados para esse campo. Tal aspecto também se aplica a alguns médicos que se eximiram de defender a inexistência da malária e classificar como febre tifóide os casos observados, pois também eles postulavam que, num curto espaço de tempo, a bacteriologia daria uma resolução ao problema.

Numa perspectiva das contribuições de Thomas Kuhn (1991), poderíamos dizer que, no momento observado, quando o paradigma bacteriológico começava a aparecer, tal confronto era bastante provável, pois uma determinada teoria, para transformar-se em paradigma, precisa conquistar a adesão dos postulantes de teorias concorrentes. Essa adesão, contudo, só pode se dar por critérios exteriores à lógica da teoria, pois esta é incomensurável tanto em sua dimensão cognitiva como em sua função normativa, a qual diz respeito aos problemas e métodos de solução considerados legítimos no escopo do novo campo de conhecimentos. Assim, muito mais do que qualquer outra coisa, a conversão ao novo saber se daria pelas possibilidades de resolução de novos problemas que ele proporcionaria. Tal perspectiva é interessante por nos possibilitar pensar no potencial da teoria microbiana na resolução de problemas de saúde como um fator essencial para a conversão de

médicos que partilhavam uma formação baseada em teorias precedentes. Além disso, ela coloca um importante aspecto para o nosso problema: a incomensurabilidade das teorias de diferentes paradigmas têm um efeito limitador no processo de reconversão dos adeptos de teorias concorrentes. Ou seja, alguém que acreditasse em causas telúricas e meteorológicas para o surgimento do impaludismo não podia crer na impossibilidade de identificação das febres paulistas com a malária, em virtude da inexistência dessa doença na cidade. Isso porque esse fato era determinado, por parte dos microbiologistas, pela ausência do plasmódio, ou do vetor da doença, na região e não por causas ambientais. De forma semelhante, um partidário da microbiologia não levava às últimas conseqüências pequenas variações sintomáticas observadas nos diagnósticos elaborados pelos clínicos frente à verificação de microrganismos específicos num determinado caso.

Apesar de ser um referencial importante para a compreensão da controvérsia, as idéias de Kuhn não dão conta das questões extra-cognitivas subjacentes ao embate ou conversão pacífica dos que se situam numa determinada posição. Essa limitação leva-nos a retornar à noção de campo, que norteia nosso trabalho. Assim, esquecendo a comunidade e comungando da concepção da ciência como mercado, vemos a controvérsia como uma busca do monopólio sobre a autoridade científica em relação ao diagnóstico da febre tifóide. Nesse processo, os defensores da bacteriologia investiam na defesa de um novo campo de estudos, que parecia prenhe de possibilidades de realizar seu capital científico. Seus opositores, frente à ameaça, apostavam na manutenção de uma autoridade científica conquistada em longos anos de estudos e trabalhos de base clínica. Sua perda também teria conseqüências extracampo, transbordando de um foro puramente acadêmico para o trabalho diário de atendimento clínico, no qual provavelmente também teriam seu prestígio abalado.

Em relação a esse aspecto, vale lembrar que, para Bourdieu (op. cit.), o capital científico é um crédito simbólico passível de acumulação, transmissão e — mais importante — de reconversão em outras formas de capital. A relativa perda de autoridade científica determinada por uma derrota na controvérsia poderia dificultar a manutenção dessa reconversão de capital científico em prestígio e, conseqüentemente, pecúlio proveniente do trabalho clínico.

Para encerrar, voltando ao nosso objeto, queremos afirmar que acreditamos que a reação ao parecer se caracteriza como uma repulsa do conjunto de médicos que partilhavam a aceitação de um tipo de diagnóstico pré-bacteriológico, não redutível a este novo conhecimento, a um juízo elaborado somente sob o ponto de vista de um grupo minoritário — mas com ótimas posições no campo —, que comungava com o paradigma bacteriológico das doenças. Como o processo de fechamento da discussão não gerou consenso, o grupo majoritário teve como reafirmar suas posições.

NOTAS

¹ Um texto bastante interessante relacionando o desenvolvimento da medicina laboratorial baseada na microbiologia às práticas de saúde pública foi escrito por Judith Walzer Leavitt (1979). Tratando exatamente do caso da febre tifóide nos Estados Unidos, ela mostra que, diferentemente do que afirmam alguns autores, a bacteriologia muitas vezes não simplificou as atividades de saúde pública, nem permitiu aos que a aplicavam simplesmente deixar de levar em conta o contexto social em que as questões de saúde estavam inseridas.

² Ver, por exemplo, Salomon-Bayet (1986). Nessa coletânea, além da organizadora, Bernard P. Lecurey, Jacques Leonard, Viviane Thévenin, Robert Carvais e Bruno Latour fazem uma análise do legado da assim denominada revolução pasteuriana. Num estudo hoje clássico sobre a história da saúde pública, George Rosen (1994) também se dedica ao tema, discutindo a ‘era da bacteriologia e suas conseqüências’.

³ Sobre a incidência de doenças na cidade de São Paulo entre as últimas décadas do século XIX e o início do século XX, ver Alves (1999). Especificamente sobre a incidência de febre tifóide em São Paulo no início do século XX, ver Pestana (1918).

⁴ Foucault (1987) analisa a constituição dos saberes a partir do conceito de *epistème*. Esta seria uma categoria globalizante que configura uma disposição na qual se integram os conjuntos de saberes de uma determinada época. Evitando as categorias de progresso, orientação para a verdade ou de julgamento de saberes passados por critérios do presente, Foucault se volta para a descontinuidade, por meio da análise das diversas *epistèmes* que se sucedem no tempo histórico.

⁵ O termo, simpático, refere-se a uma relação fisiológica entre dois órgãos afastados. Foucault (ibidem) viu nos trabalhos de Bichat a ruptura com as formas de obtenção de conhecimento da clínica baseadas somente nos sintomas. Broussais teria dado equilíbrio à nova racionalidade anatomopatológica, reformulando os conceitos de visibilidade das lesões. Numa perspectiva diferenciada, Ackerknecht (1986) atribuiu a Broussais a responsabilidade por uma real ruptura com os preceitos anatomopatológicos vigentes até então. No seu entender, embora Bichat tivesse um papel destacado no desenvolvimento da anatomia, ele não rompeu totalmente com a importância dada aos sintomas, procurando uni-los à observação das lesões. Somente os trabalhos de Broussais transfeririam a importância atribuída aos sintomas para as lesões, sob uma perspectiva localista.

⁶ O médico francês Claude Bernard (1813–1878) é considerado o pai da fisiologia experimental. Seus trabalhos sobre as secreções digestivas e o papel do pâncreas na digestão das gorduras (1848, 1856) levaram-no à descoberta da função glicogênica do fígado e ao isolamento da glicose. Bernard descobriu ainda o papel do sistema nervoso simpático na regulação das taxas de glicose sanguínea. Alguns de seus estudos também se voltaram para a questão das febres, indicando a ação dos nervos periféricos na calorimetria. Ele afirmava ter conseguido isolar a influência dessa inervação sobre a função termométrica. Posteriormente vários outros pesquisadores procuraram estabelecer mais precisamente essa influência (Entralgo, 1976).

⁷ João Vicente Torres Homem nasceu no Rio de Janeiro, em 23 de novembro de 1837. Estudou medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde mais tarde seria professor, chegando à posição de catedrático. Foi também médico da Santa Casa da Misericórdia e da Casa de Saúde de Nossa Senhora da Ajuda (Ferreira, 1996).

⁸ Segundo Lycurgo Santos Filho (1991, p. 187), “Chamou-se tifo-malária um tipo de febre criado por notáveis médicos do século XIX. No sábio professor barão de Torres Homem, a febre tifo-malária teve o seu maior apologista no Brasil. Descrito com abundância de sintomas, provado e comprovado, pelo emprego da quinina, esse tipo de febre desapareceu com o advento da era microbiana”.

⁹ A origem da utilização do quinino contra a malária é desconhecida, sabendo-se apenas que ele era usado pelos índios peruanos desde os tempos das grandes descobertas. Segundo Roberts (1993, p. 26), “O tratamento da malária com o quinino foi o primeiro uso bem-sucedido de um composto químico contra uma doença infecciosa. A substância ativa antimalárica da casca da quina, o quinino, só foi isolada em 1820 (pelos químicos franceses Pierre Joseph Pelletier e Joseph Bienaimé Caventou); a fórmula química não era conhecida com certeza até 1908, e a síntese laboratorial só foi realizada em 1944”.

¹⁰ Adolpho Luz é uma figura de destaque na história da medicina brasileira. Filho de suíços, nasceu no Rio de Janeiro em 1855. Fez seus estudos na Suíça, formando-se pela Faculdade de Berna. Especializou-se em estudos sobre a lepra em Hamburgo, Havaí e Los Angeles. Em 1893 instalou-se em São Paulo, onde assumiu a direção do Instituto Bacteriológico, instituição responsável pelo diagnóstico de doenças infecciosas no estado. Nesse cargo granjeou grande reconhecimento por ter conseguido diagnosticar diversos surtos de doenças epidêmicas que surgiram na Hospedaria dos Imigrantes, local de chegada dos trabalhadores estrangeiros que vinham mover nossa lavoura cafeeira em ascensão. Em 1908 transferiu-se daquele órgão para o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Nesta instituição teve uma longa carreira, realizando pesquisas em diversas áreas da biomedicina. Recentemente a revista *História, Ciências, Saúde — Manguinhos* dedicou-lhe um número especial. Para o nosso trabalho mostra-se de maior interesse, nessa coletânea, o texto ‘Adolpho Lutz, um esboço biográfico’ (Benchimol, 2003), que também se dedica ao exame da questão das febres paulistas.

¹¹ Desde a sua descrição, em 1896, a reação de soroglutinação de Widal foi um parâmetro importante para o diagnóstico da febre tifóide. “O soro dos doentes de febre tifóide contém anticorpos dirigidos contra os antígenos O e H de *S. typhi* ou de outras salmonelas envolvidas no processo infeccioso. A pesquisa destes anticorpos, que constitui a reação de Widal, faz-se por meio da aglutinação em presença de suspensões bacterianas adequadas” (Bier, 1975, p. 525). No período em questão o teste era feito com a utilização de uma gota do soro do doente misturada a dez gotas de caldo de cultura pura do bacilo. Olhando ao microscópio o pesquisador observaria — ou não — os bacilos aglutinarem-se e ficarem imóveis, demonstrando a ação do soro contra os agentes específicos da doença.

¹² Apesar de não ser relevante para o nosso argumento, vale comentar que o autor se refere à existência de uma epidemia de febre tifóide na cidade. Embora os dados da demografia sanitária mostrem o aumento de óbitos pela febre tifóide em 1897, numa análise retrospectiva observamos que o incremento do índice de mortalidade da doença se devia ao fato de que alguns clínicos tinham começado a diferenciar a febre tifóide de outras febres de incidência na cidade. Segundo o *Anuário Demográfico* da Seção de Estatística Demógrafa-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, o número de óbitos/anos por febre tifóide foi: 1894, 135; 1895, 93; 1896, 187, 1897, 223. Ver Alves (1999).

¹³ Os artigos têm como referência: Stapler (1897); Vasconcellos (1897); Mendonça (1897); Magalhães (1897). As discussões foram registradas nas atas das sessões de 18 e 21 de abril, 2, 10 e 15 de maio de 1897. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, ano II, nº 23, maio de 1897.

¹⁴ Segundo Bettencourt Rodrigues (ibidem), também eram características diferenciais das duas doenças: "... diarréia na febre tifóide; prisão de ventre na febre paulista. Sudação nesta última, pele seca indicante dos tifóicos. ... Na febre tifóide, albumina, delírio, abatimento, fenômeno de ataxia e adinamia, língua seca e fuliginosa, lábios enegrecidos, descamados, inércia mental e vegetativa, prostração, definhamento, (tudo) em desacordo e contraste com o que se observa na febre paulista, em que, nos casos de marcha regular e normal, ... o doente se mantém num estado geral satisfatório, sem diarréia, sem delírio, língua úmida e branca, falando bem e raciocinando, embora descrente e irritado com a ineficácia da terapêutica.

¹⁵ José Martins Bonilha de Toledo ingressou como assistente do Instituto Bacteriológico em 1896.

¹⁶ Relatando o processo de votação do parecer, o autor afirma que, finda a votação, "Lutz guardou suas peças, arquivou seus bacilos e voltou ao Instituto Bacteriológico para aguardar que o tempo também votasse" (idem, ibidem, p. 28). É necessário afirmar que a forte imagem construída por esse autor não condiz com a realidade. Adolpho Lutz não estava na Sociedade durante a votação, nem tampouco participou diretamente do processo de discussões que a antecedeu.

¹⁷ O vício de profissional da divulgação científica obriga-me a informar ao leitor que a febre tifóide é hoje aceita como uma doença infecciosa aguda que provoca, entre outros sintomas, febre contínua, fortes dores de cabeça, alterações gastro-intestinais e prostração. Atualmente postula-se que é causada por uma enterobactéria do gênero salmonela, o bacilo *S. typhi*, que penetra pela via digestiva e começa a se multiplicar no intestino, propagando-se pelo sangue. A partir do período de convalescença o doente pode se tornar um portador da doença, mantendo uma infecção crônica da vesícula biliar. A doença é transmitida pela água contaminada por dejeções e por alimentos que se consomem crus (Saraiva-Gomes, 1991).

¹⁸ Pesquisamos os anúncios do jornal *O Estado de São Paulo* entre 1895 e 1897.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerknecht, E.
1986 *La médecine hospitalière à Paris: 1794-1848.* Paris, Payot.
- Almeida, Marta de
2003 *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia, e saúde pública em São Paulo 1898-1917.* São Paulo, Editora Universitária São Francisco.
- Álvaro, Carlos
Alberto et al.
1982 'Malária'. Em R. Veronesi (org.). *Doenças infecciosas e parasitárias.* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 753-79.
- Alves, Geraldo José
1999 *A contabilidade da higiene: representações da mortalidade no discurso médico demográfico. São Paulo (1903-1915).* Dissertação de mestrado. São Paulo, Departamento de História da FFLHC-USP.
- Antunes, José Leopoldo
Ferreira et alii
1992 *Instituto Adolfo Lutz: 100 anos do laboratório de saúde pública.* São Paulo, Letras & Letras.
- Azevedo, Augusto
César Miranda de
1897 'As febres de São Paulo' (transcrito do Comptes Rendus do 8º Congresso Internacional de Higiene de Budapest). *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, ano II, nº 21, março, pp. 25-7.
- Benchimol, Jaime L.
2003 'Adolpho Lutz, um esboço biográfico'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10(1), pp. 13-84.
- Benchimol, Jaime L.
1999 *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil.* Rio de Janeiro, Fiocruz/Editora da UFRJ.

- Bettencourt-Rodrigues, Antonio Maria
1899 'As febres de São Paulo'. *O Estado de São Paulo*. 13-18, 20, 22 e 24 de fevereiro.
- Bier, Oto
1994 *Bacteriologia e imunologia em suas aplicações à medicina e a higiene*. São Paulo, Melhoramentos, 30ª ed.
- Borges, Durval Rosa
out. 1959 'Laboratórios de análises clínicas em São Paulo. Pequena contribuição à sua história'. *Revista Paulista de Medicina*, vol. 55, supl. 1.
- Bourdieu, Pierre
1983 'O campo científico'. Em Renato Ortiz (org). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo, Ática.
- Entralgo, P. L.
1976 *Historia universal de la medicina*. Barcelona, Salvat.
- Ferreira, Luiz Otávio
1996 *O nascimento de uma instituição científica: o periódico médico brasileiro na primeira metade do século XIX*. Tese de doutoramento. São Paulo, FFLCH-USP.
- Foucault, Michel
1987 *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense.
- Franco, Francisco Mello
1829 *Ensaio sobre as febres com observações analíticas acerca da topografia, climate e demais particularidades, que influem no caráter das febres do Rio de Janeiro*. Lisboa, Typografia da Academia Real de Sciencias de Lisboa.
- Gomes, Bráulio
1897 'Febres em São Paulo'. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, ano III, nº 28, outubro, pp. 3-6.
- Goulart, Odilon
1897 'Febres paulistas'. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, ano II, nº 24, junho, pp. 11-20.
- Kuhn, Thomas
1991 *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo, Perspectiva (Debates, nº 115).
- Latour, Bruno
1989 *La science en acion*. Paris, Éditions La Découverte.
- Leavitt, Judith Walzer
1979 'Typhoid Mary strikes back: bacteriological theory and practice in early 20th-Century public health'. Em Judith Leavitt *et alii*. *Sickness and health in America: readings in the history of medicine and public health*. Wisconsin, University of Wisconsin Press, pp. 554-72.
- Lutz, Adolpho
8.12.1897 'A febre tifóide em São Paulo'. *O Brasil Médico*, ano XII, nº 46.
- Lutz, Adolpho
1936 'Reminiscências da febre tifóide'. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. vol. 31, nº 4.
- Lutz, Berta *et al.*
1943 'Contribuição à história da medicina no Brasil'. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, vol. 39, nº 2, pp. 178-9.
- Magalhães, Bernardo de
1897 'Discurso pronunciado na sessão de 1º de outubro de 1897 na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo'. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, ano III, nº 28, outubro, pp. 7-11.
- Meira, Rubião
1937 *Médicos de outrora: impressões pessoais do dr. Rubião Meira*. São Paulo, s. n.
- Mendonça, Artur
1897 'Febres de São Paulo'. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, ano II, nº 24, junho, pp. 3-10.
- Pestana, Bruno Rangel
1918 'A febre tifóide em São Paulo'. *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, nº 4, abril, pp. 101-15.
- Reichert, Teodoro
1897 'Febres paulistas'. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, ano II, nº 24, junho, pp. 45-7.

- Roberets, Royston M.
1993 *Descobertas acidentais em ciências.*
São Paulo, Opapirus.
- Rosen, George
1994 *Uma história da saúde pública.*
São Paulo, Unesp/Hucitec/Abrasco.
- Salomon-Bayet,
Claire (org)
1986 *Pasteur et la revolution pastoriene.*
Paris: Payot.
- Santos Filho, Lycurgo
1991 *História geral da medicina brasileira.* 2 vol.,
São Paulo, Edusp/Hucitec.
- Saraiva-Gomes
1991 'Febre tifóide'. Em R. Veronesi (org.). *Doenças infecciosas e parasitárias.*
Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 402-13.
- SMCSP
1897 'Ata da sessão ordinária de 1º de dezembro de 1897'. *Boletim da Sociedade
de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, ano III, nº 30, dezembro, p. 31.
- SMCSP
1897a 'Ata da sessão ordinária de 15 de dezembro de 1897'. *Boletim da Sociedade
de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, ano III, nº 30, dezembro, p. 33.
- Stapler, Desidério
1897 'O diagnóstico da febre tifóide'. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia
de São Paulo*, ano II, nº 19, janeiro, pp. 11-8.
- Stepan, Nancy
1976 'The interplay between socio-economic factors and medical science:
yellow fever ressearch, Cuba and the United States'. *Social Studies of Science*,
vol. 8, pp. 397-423.
- Torres Homem,
João Vicente
1877 *Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro.*
Rio de Janeiro, Lopes do Couto & Cia.
- Val, Canuto
1897 'Febres de São Paulo'. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de
São Paulo*, ano II, nº 24, junho, pp. 41-4.
- Vasconcellos, Carlos
Rodrigues de
1897 'Febres de São Paulo'. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de
São Paulo*, ano II, nº 22, abril, pp.12- 38; e nº 24, junho, pp. 20-33; ano III,
nº 25, julho, pp. 6-34; ano III, nº 27, setembro, pp. 33-41.

Recebido para publicação em outubro de 2003.

Aprovado para publicação em março de 2004.