

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

LETÍCIA PUMAR ALVES DE SOUZA

**SENTIDOS DE UM “*PAÍS TROPICAL*”:
A LEPRA E A CHAULMOOGRA BRASILEIRA**

Rio de Janeiro
2009

LETÍCIA PUMAR ALVES DE SOUZA

**SENTIDOS DE UM “PAÍS TROPICAL”:
A LEPRA E A CHAULMOOGRA BRASILEIRA**

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.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Teixeira

Rio de Janeiro
2009

Ficha catalográfica

S829s Souza, Letícia Pumar Alves de
Sentidos de um “*país tropical*”: a lepra e a Chaulmoogra
brasileira / Letícia Pumar Alves de Souza.- Rio de Janeiro :
s.n. 2009.
167 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências
e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo
Cruz, 2009.
Bibliografia: p.136-153

1.História da medicina. 2 Hanseníase. 3. História. 4.
Cientistas. 5. Brasil. I. Título

CDD610.9

LETÍCIA PUMAR ALVES DE SOUZA

**SENTIDOS DE UM “PAÍS TROPICAL”:
A LEPRA E A CHAULMOOGRA BRASILEIRA**

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.

Aprovado em junho de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. Luiz Antonio da Silva Teixeira
(COC / Fiocruz) - Orientador

Prof.Dra Dilma Fátima Avellar Cabral da Costa (Arquivo Nacional)

Prof.Dra Simone Petraglia Kropf (COC / Fiocruz)

Suplente:

Prof.Dr. Fernando Sergio Dumas dos Santos (COC / Fiocruz)

Prof.Dra Laurinda Rosa Maciel (DAD / Fiocruz)

Rio de Janeiro
2009

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todos que fazem com que o PROVOC (Programa de Vocação Científica) da Fundação Oswaldo Cruz seja possível. Foi a partir desse Programa que conheci o *ofício do historiador* e escolhi seguir esse caminho. Por essa razão, gostaria de agradecer, primeiramente, ao Fernando Dumas, meu orientador no PROVOC e no PIBIC. Sua animação com a pesquisa e confiança no meu trabalho foram incentivos fundamentais naquele momento inicial, tão importante para minha formação. Agradeço também ao apoio e incentivo de Tania Fernandes e Antonio Carlos Siani.

Gostaria de agradecer também ao meu orientador Luiz Antonio Teixeira pelo incentivo durante esses dois anos de mestrado e, principalmente, pela leitura e sugestões, nessa corrida final para a entrega da dissertação.

Agradeço também aos professores e pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz, em especial, Nísia Trindade, Gilberto Hochman e Lorelai Kury, pelas aulas, conversas, sugestões e pelo grande apoio durante esses dois anos de mestrado.

Agradeço também ao pesquisador Flávio Coelho Edler que participou da banca de qualificação por sua leitura atenta do texto e pelas sugestões valiosas que me deu naquele momento.

Gostaria de agradecer a Magali Romero Sá e Simone Kropf, pelo incentivo, pela indicação de bibliografia, pela generosidade, pela animação contagiante e pelas aulas ministradas na disciplina *Medicina Tropical*, fundamentais para o amadurecimento da pesquisa.

Reitero meus agradecimentos a Simone Kropf pelas contribuições dadas em minha qualificação e por todo o apoio e incentivo que recebi durante a realização do mestrado.

Gostaria de agradecer especialmente a Dominichi Miranda de Sá pela amizade, ajuda e incentivo, e por toda animação e seriedade com que acolheu a idéia do Cine-Pós e tornou-o possível.

Aos funcionários de todas as instituições em que pesquisei, mas, principalmente, aos funcionários do Departamento de Arquivo e Documentação da COC, da Biblioteca da COC e da Biblioteca de Manguinhos, agradeço por toda disponibilidade e simpatia.

Agradeço também ao Paulo da Secretaria da Pós-Graduação por toda ajuda e disponibilidade, principalmente, nos dias de Cine-Pós.

No mestrado tive a feliz surpresa de conhecer algumas pessoas muito queridas que foram grandes companheiras e amigas nesses dois anos. Agradeço, primeiramente, ao Érico por ter sido um grande amigo com quem pude sempre conversar sobre as angústias e alegrias da profissão e, sobretudo, pela parceria no Cine-Pós. Agradeço a Miriam e ao André pela amizade, apoio, carinho e pelas nossas conversas sempre muito animadas e divertidas. A intensidade e animação de vocês são contagiantes e sempre me deram uma motivação a mais para continuar meu trabalho. Obrigada! Agradeço também a Clarice pela amizade e carinho e, principalmente, pelas nossas divertidas conversas no Pavão Azul. Agradeço ao Vanderlei e ao Márcio Magalhães pelo apoio, pelas conversas e pela amizade. Agradeço a todos que não foram citados aqui, mas que estiveram presentes nesses dois anos e também a toda a turma que entrou comigo, pelo companheirismo durante esse processo. Obrigada!

Agradeço as minhas queridas amigas do colégio pelo carinho e compreensão nos meus momentos de *isolamento*. Agradeço também aos amigos que fiz durante minha graduação na UERJ, em especial, ao Leandro pelo respeito e amizade.

Se hoje finalizo essa dissertação, é porque contei, principalmente, com o amor, apoio e paciência de meus pais, Sandra e Ricardo. Por tudo e mais um pouco, obrigada! Agradeço também ao meu irmão e a toda a minha família querida, que mesmo não sabendo muito bem o que tanto leio e escrevo e, por vezes, considerarem-me um tanto *excêntrica*, é torcida garantida em cada pequeno passo que dou.

Não poderia deixar de agradecer também as duas *criaturinhas* mais espertas e carinhosas do mundo, meus primos/afilhados, Raphael e Clara, que fazem tudo ficar mais divertido.

Ao Márcio, pelo amor e companheirismo, pelas músicas, risos e mimos, pelas conversas, pela força e paciência nos meus momentos de *crises existenciais*, meu muito obrigada !!!

Gostaria também de agradecer também a CAPES pelo financiamento desta pesquisa, possibilitando sua elaboração.

SUMÁRIO

Introdução	1
-------------------	----------

Capítulo 1: Um problema dos trópicos: a lepra e sua terapêutica

1.1 A lepra, a bacteriologia e os trópicos	14
---	-----------

1.2 O trópico como problema	18
------------------------------------	-----------

1.3 Para uma <i>doença tropical</i>, um tratamento dos trópicos	33
--	-----------

1.4 Da Índia para o mundo: <i>tradução científica</i> das Chaulmoogras	37
---	-----------

Capítulo 2: A lepra no Brasil: definições e medidas para o seu controle

2.1A lepra como <i>endemia nacional</i>	43
--	-----------

2.2 A Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e a <i>moderna profilaxia</i> da lepra	53
--	-----------

2.3 Teorias médicas e contextos locais: isolar, tratar, civilizar	71
--	-----------

Capítulo 3: Pesquisas Nacionais sobre as Chaulmoogras

3.1 Da Clínica para o laboratório	88
3.2 Aclimação e classificação de novas espécies de chaulmoogras	96
3.3 Pesquisas com as Flacourtiaceas nacionais: Comissão de Estudos de Terapêutica da Lepra	104
3.4 Em defesa da flora nacional: divulgação da sapucainha	110
3.5 Do empirismo à investigação científica: significados da análise do óleo de sapucainha	115
3.6 Outra etapa da tradução científica das Chaulmoogras	119
3.7 A era sulfônica	122
Considerações finais	130
Fontes	136
Bibliografia	145
Anexos	154

RESUMO

Desde o final do século XIX até a década de 1940, o óleo de chaulmoogra foi um importante elemento na prática terapêutica da lepra. Esse óleo era extraído das sementes encontradas nos frutos das árvores indianas chamadas de Chaulmoogras e foi apropriado pela medicina ocidental no final do século XIX, a partir da observação de seu uso pela população indiana para o tratamento de doenças de pele.

Essa pesquisa tem como objetivo discutir a apropriação do óleo de chaulmoogra pelos médicos brasileiros e o processo de nacionalização desse tratamento, entre as décadas de 1920 e 1950. A análise será feita, principalmente, observando em que medida a aceitação dessa terapêutica se deu no contexto nacional pela comunidade médica e científica, na tentativa de controlar uma *doença tropical* que estava sendo definida como uma *endemia nacional*.

Em geral, os historiadores dão ênfase, a análise da política isolacionista encaminhada por médicos e administradores para o combate à doença. No entanto, a ênfase nesse outro aspecto da campanha, a busca de um tratamento possível dos doentes, abre espaço para a reflexão das controvérsias e disputas do período e para a percepção de que as medidas de controle da lepra realizadas no país não foram escolhas naturais diante de certo conhecimento científico acumulado até aquele momento, mas foram resultado de escolhas de grupos, métodos, teorias, e formas de intervenção na realidade nacional.

Dessa forma, procuro refletir sobre o papel ativo dos cientistas brasileiros nos processos de adoção e adaptação de conhecimentos, vendo-os não como receptores passivos de ciência e tecnologia, mas como criadores de novos saberes e práticas em relação à lepra.

ABSTRACT

From the end of XIX century until the decade of 1940, the oil of chaulmoogra was an important element in the treatment of the leprosy. This oil was extracted of the seeds found in the fruits of the Indian trees called Chaulmoogras and was appropriate by the occidental medicine in the end of XIX century.

This research has as objective to discuss the appropriation of the oil of chaulmoogra by the Brazilian doctors and the nationalization process of this treatment. The analysis will be made, mainly, observing how its occurs in the national context, in the attempt to control a *tropical disease* that was being defined as a national endemic.

In general, the historians give emphasis in the analysis of the segregation politics directed by doctors and administrators for the fight against leprosy. However, the emphasis in this therapeutic aspect of the campaign allows the reflection of the controversies and disputes and for the comprehension that measures carried through here had not been defined by the accumulated scientific knowledge from that moment, but had been the result of choices of groups, methods, theories, and ways of intervention in the national reality.

Taking that into account, I intend to reflect on the active role of the Brazilian scientists in the processes of adoption and adaptation of knowledge, seeing them not as passive receptors of science and technology, but as active creators of new practices and knowledge.

INTRODUÇÃO

Procurarei, nesta introdução, não apenas apresentar meu tema e o objetivo da presente dissertação, mas indicar também a trajetória que possibilitou que meu objeto/tema de estudo tomasse a forma que aparece agora no texto.

As experiências que tive como bolsista da Casa de Oswaldo Cruz e agora como mestrande do PPGHCS permitiram que a pesquisa, sempre descrita por mim resumidamente como a *história do uso do óleo de chaulmoogra para o tratamento da lepra*, fosse tomando, ao longo do tempo, diferentes formas e enfoques. Assim, meu interesse aqui é demonstrar como este objeto de pesquisa foi sendo moldado, a partir das leituras e escolhas que fiz ao longo do tempo, reforçando, por conseguinte, os pontos que considero mais instigantes do trabalho de um historiador que se debruça sobre a questão da produção de conhecimentos científicos do passado.

A pesquisa parte da seguinte observação: Desde o final do século XIX até a década de 1940, o óleo de chaulmoogra foi um importante elemento na prática terapêutica da lepra¹. Esse óleo era extraído das sementes encontradas nos frutos das árvores indianas chamadas de Chaulmoogras e foi apropriado pela medicina ocidental no final do século XIX, a partir da observação de seu uso pela população indiana para o tratamento de doenças de pele. As chaulmoogras indianas receberam grande atenção dos especialistas de importantes centros de pesquisa, tanto europeus, quanto de instituições médicas estabelecidas nas ditas *regiões tropicais* - locais nos quais prevalecia a lepra neste período - como foi o caso do Brasil. Nos estudos brasileiros sobre essa prática terapêutica antileprótica, realizados entre 1920 e 1950, destacam-se as análises dos óleos extraídos de espécies nacionais, especificamente a Sapucainha (*Carpotroche brasiliensis*), que ficou conhecida como a Chaulmoogra brasileira.

Meu interesse, inicial, era fazer uma *breve história do uso do óleo da chaulmoogra no tratamento da lepra*, e seguindo os passos do que se pode considerar uma historiografia mais tradicional da medicina, procurava elencar fatos e nomear os personagens que

¹ A doença causada pelo *Mycobacterium leprae* é conhecida no Brasil como “*hanseníase*” desde a década de 1970, no entanto, utilizo o termo “*lepra*” por se tratar do termo usado para designar a doença no período referente à pesquisa.

estiveram por trás das pesquisas com as Chaulmoogras no Brasil e no mundo². A narrativa que apresentava em meu texto era muito próxima às que são realizadas pelos próprios cientistas quando escrevem a história de suas disciplinas, reforçando seus “avanços e progressos”. O que se pode destacar como eixo principal desta narrativa é o seu objetivo de resgatar os resultados científicos do passado para servir de suporte às novas pesquisas que estão sendo realizadas pelos cientistas em seus estudos recentes³.

A leitura de autores como Thomas Kuhn, Alexandre Koyré, Paolo Rossi, Steven Shapin, Bruno Latour e Ludwick Fleck, ao longo da minha graduação em História, trouxe outro encaminhamento à pesquisa. Em 2006, retomei a temática com novos referenciais, buscando analisar o processo de *tradução científica* das Chaulmoogras e sua inclusão na prática terapêutica ocidental⁴.

Com base na formulação feita por Ricardo Roque em seu artigo intitulado “*Sementes contra a varíola: Joaquim Vás e a tradução científica das pevides de bananeira brava em Goa, Índia (1894-1930)*”⁵ utilizei o conceito de *tradução científica* para pensar a trajetória das Chaulmoogras na medicina ocidental. Em seu artigo, Roque analisa a tradução científica das pevides de bananeira brava no tratamento de varíola em Goa, entre 1894 e 1930.

Segundo ele, a capacidade de transformar e integrar um objeto anteriormente não conhecido oficialmente como terapêutico, principalmente quando diz respeito a “segredos indígenas” e suas curas, para as redes sócio-técnicas da medicina alopática ocidental, é um processo árduo, coletivo e longo, e que muitas vezes fica pelo meio, como no caso das pevides de bananeira brava. Essa, segundo o autor, teve uma tradução científica média,

² Souza, Letícia Pumar Alves de . *O óleo de chaulmoogra um remédio natural contra a lepra?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002 (monografia de conclusão do PROVOV/ Avançado, dig.)

³ Esse foi, na verdade, o incentivo inicial da pesquisa, já que naquele momento químicos de Far-Manguinhos realizavam pesquisas com o óleo de chaulmoogra com o objetivo de observar a possibilidade de sua utilização na tuberculose.

⁴ O relatório de atividades que apresentei na Jornada de Iniciação Científica desse ano serviu de material para a realização do artigo posteriormente publicado: SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; SIANI, Antonio Carlos. “O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica.” *Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos* , Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2008.

⁵ ROQUE, Ricardo. *Sementes contra a varíola: Joaquim Vás e a tradução científica das pevides de bananeira brava em Goa, Índia (1894-1930)*. In: *Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v.11, suplemento1, 2004.

pois a sua tradução foi bloqueada localmente, não seguindo as necessárias verificações para ser reconhecida como tratamento oficial.

Diferente do que o ocorreu com as pevides de bananeira brava, o uso do óleo extraído das Chaulmoogras indianas se mundializou. Meu interesse era refletir sobre este processo de transformação e integração de um objeto inicialmente não reconhecido como tendo qualidades terapêuticas em um medicamento amplamente usado.

Seguindo o estudo de Roque, procurei pensar a construção da terapêutica chaulmoogrica como prática cientificamente validada e aceita pela comunidade científica ocidental, a partir de um arcabouço conceitual desenvolvido por Bruno Latour. Latour trabalha com os conceitos de *translação* ou *tradução* e de *redes sócio-técnicas* ao pensar os cientistas *em ação*⁶. Discute a importância do conceito de rede para pensarmos a constituição da ciência, visto que, apenas mobilizando uma rede sócio-técnica um elemento, uma prática ou um conceito podem ser aceitos. Estas redes sócio-técnicas, entretanto, são necessariamente constituídas por elementos heterogêneos envolvendo tanto atores humanos quanto não-humanos. Segundo o autor, os atores envolvidos no processo de produção de fatos constroem e reconstroem estas redes conforme as necessidades encontradas durante as pesquisas científicas. Logo, os cientistas constroem as redes sócio-técnicas recrutando aliados e estabelecendo fronteiras e verdades, ao invés de serem determinados por um “contexto” externo ou estarem seguindo um certo curso “natural” das ciências, diferentes concepções que o autor tenta ultrapassar.

Quando os médicos e cientistas de diversas partes do mundo passam a incorporar um conhecimento aos seus discursos, temos um elemento traduzido que deixa de ser externo ao saber científico do momento, passando a ser visto como elemento constituinte deste saber. Assim, o novo elemento, tendo passado por diversos momentos de validação, e encontrando-se como um conhecimento central para a discussão de um determinado tema, passa a ser reconhecido como um fato científico que não exhibe as etapas deste processo de validação. Perde-se o processo de construção deste elemento como um fato científico, ficando apenas o fato e seu uso cotidiano.

⁶ LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

Assim, meu objetivo era estudar o processo de apropriação de um conhecimento inserido em um saber tradicional indiano pelos cientistas ocidentais e compreender a construção desse conhecimento como um fato científico inserido nas normas e suposições do saber médico, entre o final do século XIX e meados do XX.⁷

No pré-projeto de pesquisa, apresentado quando ingressei no mestrado, propus encaminhar um debate mais aprofundado dessas questões, a partir da compreensão de que a inclusão das Chaulmoogras indianas no rol das pesquisas sobre a lepra estava fortemente relacionada ao desenvolvimento da bacteriologia e suas implicações nos saberes e práticas da medicina ocidental. Pretendia sustentar que a definição do *Mycobacterium leprae* tinha possibilitado não apenas uma transformação radical na forma de pensar a etiologia e a forma de transmissão da doença, mas, também, sua terapêutica, já que tinha estimulado a realização de pesquisas com o intuito de desenvolver um medicamento que pudesse eliminar o bacilo, visto, então, como o agente patogênico.

Além disso, sublinhei que seria analisada especificamente a defesa do uso terapêutico do óleo de chaulmoogra e de seus derivados pelos médicos brasileiros, a partir da década de 1920, e o processo de *nacionalização* desse tratamento com o teste de óleos da “flora nacional” que pudessem substituir o óleo de chaulmoogra indiano.

Com a realização das disciplinas e do levantamento documental, durante o mestrado, outros elementos apareceram como questões importantes para a análise. Tanto as leituras, quanto as discussões travadas em sala de aula, ou fora dela, com alunos e professores, suscitaram novas questões relacionadas ao meu tema e, conseqüentemente, o amadurecimento de muitos dos meus argumentos.

Busco hoje inserir meu objeto de pesquisa não apenas no debate mais amplo da chamada História, Sociologia ou Filosofia das Ciências, mas principalmente nos estudos sobre a institucionalização da ciência, no caso, da ciência médica, no Brasil. As discussões que procuro realizar relacionam-se principalmente aos trabalhos que vêm sendo encaminhados por uma historiografia latino-americana que busca pensar a história das produções científicas nessa região. Sendo assim, as questões desenvolvidas não estão articuladas apenas ao par de opostos *científico x não-científico*, o desafio maior é pensar a

⁷ Ver: SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; SIANI, Antonio Carlos. “O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica.” *Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2008.

produção de conhecimento e a prática científica a partir dos pares de opostos *local x universal* e *centro x periferia*⁸.

Uma das principais questões colocadas a um historiador que pretende pensar a história da atividade científica no Brasil refere-se exatamente ao que este autor entende por *ciência*. Se entendermos *ciência* como uma atividade regida por um método único e universal que reproduz a realidade a partir dos esforços dos cientistas, escreveremos, provavelmente, uma história da sua difusão dos centros europeus para as regiões consideradas periféricas e atrasadas. George Basalla, na década de 1960, difundiu este modelo de análise, eurocêntrico e ancorado na teoria da modernização, chamado de difusionista, que caracteriza os grupos que desenvolvem ciência no Terceiro Mundo como agentes reprodutores do conhecimento dos grandes centros europeus⁹.

As tendências historiográficas atuais, chamadas por Dominichi Pestre de *Nova Historiografia das Ciências*, criticam essa concepção e procuram contextualizar as produções científicas.¹⁰ Essa nova historiografia recusa uma concepção universal e a-histórica da ciência. Além disso, entende-se que “*aquele que pratica as ciências é alguém que adquiriu uma cultura, que foi formado, modelado por um certo meio, que foi fabricado no contato com um grupo e com ele compartilhou as atividades – e não uma consciência crítica operante, um puro sujeito conhecedor.*”¹¹

A historiografia brasileira sobre as ciências segue hoje estas novas tendências marcadas, principalmente, pelos estudos *do Social Studies of Science*, que possibilitaram *novas definições, novos objetos, novas abordagens*, às pesquisas nesse campo de saber¹². Em geral, refutam-se as teorias de dependência e as teorias difusionistas e pensa-se a ciência nos “países periféricos” a partir de uma perspectiva relacional da investigação

⁸ Para uma reflexão dessa terminologia *centro x periferia*. Ver: Saldaña, Juan José. “Ciência e Identidade cultural: história da ciência na América Latina”, in: Figueirôa, Silvia F. de M. (org.), *Um olhar sobre o passado*. Campinas/São Paulo, Editora da Unicamp/Imprensa Oficial, 2000, pp. 11-31; FIGUEIRÔA, Silvia F. de M. Mundialização da ciência e respostas locais: sobre a institucionalização das ciências naturais no Brasil In: *Asclepio*.vol. 2, 1998, pp.107-123; TORRES, Diana Obregón. “debates sobre la lepra: medicos e pacientes interpretan lo universal y lo local”. In: *Culturas científicas y sabers locales: asimilación, hibridación, Resistencia*. Colombia, Universidad Nacional de Colombia., s.d.

⁹ BASALLA, George, “The spread of western science”. In: *Science*, 1967, 156 (May): p611-622.

¹⁰ PESTRE, Dominique. “Por uma nova história social e cultural das ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens”, *Cadernos IG-Unicamp*, Campinas, Vol. 6, nº 1, 1996, p. 3-56.

¹¹ PESTRE. Op.cit.p16.

¹² PESTRE, Dominique. Op. cit

científica, buscando compreender a construção de tradições científicas desenvolvidas no contexto local¹³.

Grande parte da atual historiografia sobre o desenvolvimento das atividades científicas no Brasil, utiliza-se do termo *institucionalização*, segundo Silvia Figueirôa, a partir de “*um sentido sociológico da palavra **instituição** que se refere a formas continuadas de comportamento que corporificam valores culturais.*” Chama-se, assim, *institucionalização* o processo de implantação, desenvolvimento e consolidação de atividades científicas num determinado espaço-tempo¹⁴.

Os estudos da chamada historiografia tradicional das ciências no Brasil partem do pressuposto que não havia atividade científica no país até o final do século XIX e início do XX. Conforme Figueirôa a “*formulação mais completa e teoricamente consistente desse quadro de referência*” deve-se ao trabalho de Fernando Azevedo que vinculava a prática científica às condições produtivas do país e ao seu desenvolvimento cultural.¹⁵

A autora destaca como ponto de inflexão na historiografia sobre a institucionalização das ciências naturais no Brasil, o estudo de Maria Amélia Mascarenhas Dantes, por sua preocupação em utilizar fontes primárias e originais e a inserção do objeto de pesquisa no contexto histórico brasileiro¹⁶. Para Figueirôa, abriu-se uma nova linha de investigação sobre o tema, ultrapassando uma visão estreita do passado, que fazia pouco caso do material existente nos arquivos acerca das atividades científicas realizadas no contexto nacional.¹⁷

O modelo abstrato de ciência e de sua institucionalização é substituído por uma interpretação que assume a atividade científica como uma prática sempre contextual. Compreende-se, então, o contexto social não como um provável obstáculo à prática científica, mas, ao contrário, como sua condição de possibilidade.

¹³ KREIMER, Pablo. El estudio social de los laboratorios de investigación científica en la periferia: estudios teóricos y metodológicos. In: Ana Maria Ribeiro de Andrade. (Org.). *Ciência em perspectiva. Estudos, ensaios, debates*. Rio de Janeiro: MAST / SBHC, 2003 (Coleção História da Ciência - Série Estudos da Ciência, Vol. 1)

¹⁴ FIGUEIRÔA, Silvia F. de M. *As ciências geológicas no Brasil: uma história social e institucional, 1875-1934*, São Paulo, Hucitec, 1997. Introdução.

¹⁵ FIGUEIRÔA, Silvia F. de M. Mundialização da ciência e respostas locais: sobre a institucionalização das ciências naturais no Brasil In: *Asclepio*. vol. 2, 1998, pp.107-123.

¹⁶ Ver: DANTES, M. A. M. ‘Institutos de pesquisa científica no Brasil’. In: Ferri, Mg.; Motoyama, S. (coords.), *História das ciências no Brasil*, São Paulo: Ed. USP, vol.2, 1980.

¹⁷ FIGUEIRÔA, Silvia F. de M. Op. Cit.

Dessa forma, minha pesquisa insere-se nos debates desta historiografia atual que procura pensar o papel ativo dos cientistas latino-americanos nos processos de adoção e adaptação de conhecimentos, vendo-os não como receptores passivos de ciência e tecnologia, mas como construtores ativos tanto das condições sociais para a transferência de conhecimento quanto de novos saberes e práticas.

Além disso, percebo que uma das motivações da pesquisa que agora apresento como dissertação é rever alguns aspectos reforçados pela historiografia sobre a lepra, a partir da análise de uma prática terapêutica anterior ao aparecimento das sulfonas, medicamento sintético visto como a grande solução para esse problema. Assim, é possível perceber durante o texto a preocupação em *movimentar/deslocar* certas imagens e argumentos presentes nas narrativas sobre o combate à lepra no Brasil, dando lugar às incertezas e ambigüidades do período.

Dois marcos são constantemente reforçados como momentos fundamentais para o controle da doença: a definição do bacilo por Hansen, na década de 1870, e o início do tratamento dos doentes com as sulfonas, na década de 1940. Este primeiro momento marcaria os primeiros passos da pesquisa moderna sobre a etiologia da doença, e o segundo indicaria o início de seu moderno tratamento, trazendo transformações na forma de encarar a lepra e sua profilaxia.

A definição do *Mycobacterium leprae* é indicada como uma profunda transformação na forma de lidar com essa doença e seu controle. No final do século XIX, a lepra encontrava-se integrada à pauta das pesquisas bacteriológicas e a solução, tanto para a sua profilaxia, quanto para o seu tratamento, passaram a ser determinadas por essa inserção. A validade de um tratamento era comprovada pelo poder parasiticida do medicamento e sua capacidade de eliminação do agente patogênico, o bacilo de Hansen. Já as medidas profiláticas eram instituídas partindo-se do pressuposto que a doença era infecto-contagiosa, crença que fundamentava a política isolacionista.

No entanto, é necessário sublinhar também que a definição da lepra como doença infecto-contagiosa ocorreu em um momento em que ela estava sendo encarada como um problema dos territórios coloniais. Com a leitura de uma bibliografia acerca da história da medicina tropical e, principalmente, com a análise de fontes documentais referentes à criação dessa disciplina, pude perceber que a lepra, a partir do final do século XIX, foi vista

como um problema específico das chamadas *zonas tropicais* do planeta. Acredito que este fato é relevante para a pesquisa e estar atento a ele pode nos indicar nuances e aspectos do combate à lepra no Brasil.

Mesmo com a indefinição do modo de transmissão da doença, com as dificuldades de realização do estudo biológico completo do bacilo, com a existência de casos de lepra em regiões temperadas (como na Noruega), desde a criação da especialidade medicina tropical, a lepra esteve nos manuais médicos sobre o assunto. Sendo assim, a lepra foi incorporada à medicina européia do final do século XIX como uma *doença tropical*, ou seja, uma doença do *Outro*, dos povos não-europeus, submissos politicamente à Europa.

Apesar deste não ser o objeto da pesquisa, não seria possível deixar de pensar o *trópico* como uma construção cultural que molda discursos e ações referentes à lepra (encarada como uma doença que predominava nos *trópicos*) e à Chaulmoogra (recurso natural da chamada *flora tropical*).

Devemos entender os *trópicos*, segundo o historiador David Arnold, como um espaço conceitual que vai se consolidando ao longo do tempo como uma maneira ocidental de definir o que era diferente da Europa tanto em termos culturais, quanto ambientais. Outra leitura essencial para se pensar a criação dos *trópicos* como contraponto à Europa é o belo livro da historiadora Nancy Stepan, *Picturing Tropical Nature*, no qual a autora procura refletir sobre a representação da natureza tropical em diversas áreas de conhecimento, ou melhor, como a *natureza*, as *pessoas* e as *doenças* passaram a ser vistas como *tropicais*, a partir do século XIX.¹⁸

A reflexão sobre a criação do espaço físico, político e cultural chamado *trópico*, representa hoje um amplo campo de pesquisa aos historiadores. O que eu gostaria de salientar a partir desse debate, seguindo alguns dos insights da Nancy Stepan, é que como historiadores brasileiros fica-nos o desafio de pensar a influência desta imagem de “*natureza, pessoas e doenças tropicais*” nas idéias que os habitantes desses próprios territórios tiveram de si mesmos e os efeitos desses discursos nas práticas encaminhadas por esses atores para a transformação da realidade social local.

Acredito que o estudo sobre o problema da lepra no Brasil nos possibilita refletir como imagens, estereótipos e argumentos sobre os *trópicos* são acionados pelos médicos

¹⁸ STEPAN, Nancy Leys. *Picturing tropical nature*. Reaktion books, 2001.

quando defendiam propostas de campanhas nacionais de controle da doença e investimentos em pesquisa científica, indicando as formas de intervenção e estratégias para a solução do problema.

Não pretendo dizer que os médicos brasileiros apenas importavam os conhecimentos estrangeiros e os utilizavam de forma mecânica, entretanto, acredito que em seus trabalhos e propostas para o combate nacional da lepra, eles acionavam e dialogavam com numerosos argumentos e imagens que faziam parte de uma forma de encarar o chamado *trópico* e suas doenças. E que a partir desse diálogo, foi dado o significado das medidas públicas de controle da doença no país e o valor dos conhecimentos produzidos aqui.

No que se refere ao combate à lepra – vista, então, como doença das *zonas tropicais* e atrasadas – importantes formulações foram feitas em instituições localizadas em territórios não-europeus. É difícil não notar a importância dada aos estudos realizados nos locais onde a doença predominava e onde era vista como um obstáculo tanto aos interesses imperiais quanto ao processo modernizador das nações independentes.

Cabe sinalizar que são de espécies vegetais encontradas na Índia, local de referência para estudos sobre a lepra nos territórios coloniais no final do século XIX, que é retirado o óleo de chaulmoogra, visto como a possibilidade de tratamento da doença¹⁹. Já na década de 1920, o modelo de isolamento e o local de referência para os modernos estudos sobre o tratamento da lepra será as Filipinas, onde é montado um forte esquema de combate à lepra pelos norte-americanos, em uma tentativa de controlar a expansão da doença e de civilizar os povos e territórios sob seu domínio²⁰.

Por essa razão, considero necessário avaliar o papel da valorização do contexto local de pesquisa para a validação dos conhecimentos produzidos, a partir do final do século XIX, sobre as chamadas *doenças tropicais*. Procuro focalizar esta dimensão local da produção de saberes e ações em relação à lepra, pensando em como a doença foi encarada e

¹⁹ Sobre pesquisas acerca da lepra e medidas de isolamento na Índia ver: BUCKINGHAM, Jane. *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*. Basingstoke: Palgrave, 2002.

²⁰ Sobre isolamento dos doentes nas Filipinas. Ver: ANDERSON, Warwick. “Disease and citizenship”. In: ANDERSON, Warwick. *Colonial pathologies – american tropical medicine, race and hygiene in the Philippines*. Duke University Press, 2006. Capítulo 6; HEISER, Victor. *A odisséia de um médico americano-aventuras em quarenta e cinco países*. Porto Alegre: Edição Globo, 3ª ed, 1943.

quais foram as formas de intervenção escolhidas pela comunidade médica brasileira para a solução desse problema.

O outro marco da história da lepra que mencionei anteriormente refere-se ao início do tratamento da lepra com as sulfonas, que é constantemente indicado como um momento central para reconsiderações sobre a necessidade das medidas isolacionistas para a profilaxia da doença, já que de incurável, ela teria passado a ser encarada como doença facilmente tratável.

No entanto, procurarei mostrar que esta imagem a que faço aqui referência está presente, principalmente, nos trabalhos de médicos e pesquisadores que vivenciaram o aparecimento desta nova prática terapêutica com o uso das sulfonas e que foram, portanto, agentes destas reconsiderações e reorientações dos estudos e das medidas de controle da doença. Um desses personagens no âmbito da comunidade médica brasileira foi Orestes Diniz que afirmava em 1960:

...a política sanitária havia de ser, forçosamente, a do isolamento dos enfermos, já que a precária terapêutica então em voga, pelo óleo de chaulmoogra, não era capaz de curar, a não ser casos esparsos, sem expressão estatística.²¹

Creio que esses argumentos e imagens se mantêm presentes ainda hoje em nossas análises sobre a história do combate à lepra no século XX e, conseqüentemente, todos os trabalhos que versam sobre esta temática, ou utilizam-nos ou dialogam com eles. No entanto, acredito que a partir da análise dos trabalhos de médicos e pesquisadores brasileiros que estiveram envolvidos com a questão do combate à lepra no país em um período anterior, principalmente, entre a década de 1920 e 1950, pode-se perceber que seus esforços muitas vezes são simplificados e distorcidos por essas imagens antes referidas.

Antes do desenvolvimento das sulfonas o tratamento da lepra não estava marcado por uma simples utilização do óleo de chaulmoogra, mas sim, por um esforço de desenvolvimento de um medicamento cada vez mais eficaz para o combate à lepra.

²¹ DINIZ, Orestes. *Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil*. [Rio de Janeiro]; s.n.; [1960], p. 87.

Essa prática terapêutica era vista por médicos como Eduardo Rabello, inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, de 1920 a 1926, como uma possível *medida profilática*²², e já incitava acaloradas discussões entre os médicos a respeito da política isolacionista.

Além disso, a substituição dessa terapêutica por outra baseada nos medicamentos sintéticos, ao contrário do que é indicado, não foi feita a partir de uma ruptura revolucionária, mas esteve marcada por controvérsias e resistências. Muitos pesquisadores duvidavam da eficácia das sulfonas no tratamento da lepra, sendo possível notar também que, em geral, o óleo de chaulmoogra e seus derivados eram usados como referência para se pensar a eficácia destes novos medicamentos. No entanto, com o tempo, a *sulfonoterapia* foi conquistando seu espaço como prática terapêutica específica da lepra.

O que pretendo sustentar é que, ao longo da primeira metade do século XX, os pesquisadores envolvidos na temática da lepra procuraram desenvolver pesquisas com o intuito de aprimorar a terapêutica com o uso do óleo de chaulmoogra e de seus derivados e que estas pesquisas passaram a ter um importante papel nas medidas de controle da doença.

Acredito que nos debates referentes à melhor forma de isolamento dos doentes no país, as pesquisas sobre a terapêutica estavam presentes, podendo oferecer novos significados ao combate nacional da doença. Nas palavras de alguns médicos do período a prática terapêutica era definida como a *moderna profilaxia* da lepra, podendo trazer uma solução aos impasses e obstáculos ao isolamento compulsório de todos os doentes no país.

Assim, busco pensar a apropriação da prática terapêutica chaulmoogrica pelos médicos brasileiros e o processo de nacionalização desse tratamento. A análise será feita, principalmente, observando em que medida a aceitação da terapêutica chaulmoogrica como tratamento possível dos doentes com lepra se deu no contexto nacional pela comunidade

²² Segundo Rabello, as novas pesquisas com os preparados chaulmoogricos indicavam que a prática terapêutica poderia tornar os pacientes não-contagiantes, ou até mesmo curados, eliminando, assim, os focos de contágio. Mesmo que a cura do doente não fosse comprovada e permanecessem seqüelas da doença, impossibilitando a chamada *cura social*, a possibilidade de tornar os doentes não-contagiantes servia como uma importante medida de controle dos focos transmissores da doença. Dessa forma, a chamada *profilaxia terapêutica* aparecia como uma saída às dificuldades trazidas pela *profilaxia tradicional*, que correspondia ao isolamento de todos os doentes com lepra. O tratamento representava tanto a possibilidade de diminuir o surgimento de novos casos da doença, quanto uma forma de atração dos pacientes aos dispensários e locais de isolamento. A idéia era que, com a esperança de tratar-se, os pacientes ao invés de fugirem dos serviços de saúde e continuarem a difundir a sua doença, iriam procurar ajuda, tornando-se não contagiante e, conseqüentemente, deixando de ser uma ameaça à sociedade.

médica e científica, na tentativa de controlar uma *doença tropical* que estava sendo definida como uma *endemia nacional*.

Procuro focalizar um momento em que a Chaulmoogra representava a grande esperança para o tratamento da doença, a partir da compreensão que a história do desenvolvimento dessa terapêutica é de grande relevância para pensarmos o encaminhamento de campanhas de controle dessa doença no Brasil, e como pude observar, pouco estudada pelos historiadores, que, em geral, dão ênfase, principalmente, à análise da política isolacionista implementada por médicos e pelo governo para a solução do problema no país.

Apesar de privilegiar o discurso médico, foi inevitável apropriar-me também das pesquisas de cientistas de outras disciplinas que tinham a Chaulmoogra como objeto de estudo, como a química, a farmacologia, a botânica, e, por essa razão, as fontes que utilizei foram diferenciadas. Essas fontes foram retiradas de diferentes suportes da produção científica, como manuais, periódicos e conferências internacionais e nacionais, com os as quais pude ter contato com os consensos, as querelas e os enfrentamentos.

Por essa razão, pesquisei em diferentes acervos como o da *Biblioteca Barbosa Rodrigues do Jardim Botânico* do Rio de Janeiro, da *Biblioteca Rodolpho Albino da Associação Brasileira de Farmacêuticos*, da biblioteca da *Academia Nacional de Medicina*, da *Biblioteca de Ciências Biomédicas* (Biblioteca de Manguinhos) da Fiocruz, do *Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz*, da *Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz*, da *Sociedade Brasileira Dermatologia* e do *Real Gabinete Português de Leitura*.

No primeiro capítulo, procuro discutir, tanto a inserção da lepra nos estudos bacteriológicos e a existência de incertezas e lacunas no conhecimento sobre a doença, quanto sua inclusão no rol das *doenças tropicais*. Para tanto, faço uma breve discussão do conceito de *tropical*, suas imagens e representações, buscando demonstrar como essa construção cultural moldava discursos e ações referentes à lepra. Além disso, discuto a apropriação do óleo de chaulmoogra indiano pelos médicos ocidentais para o tratamento da doença e o processo de validação dessa prática terapêutica.

No segundo capítulo, busco sinalizar o quanto a idéia de “tropical”- e toda a carga simbólica que este termo carrega, em especial, pela relação entre regiões de clima quente e

povos atrasados e semi-civilizados - perpassava os argumentos dos médicos brasileiros na defesa de um controle nacional da doença. Além disso, pretendo demonstrar a importância que a prática terapêutica foi assumindo no controle da doença, a partir da década de 1920, no Brasil, sinalizando as controvérsias sobre sua administração e resultados.

No terceiro capítulo procuro analisar o processo de nacionalização dessa terapêutica, focalizando, principalmente, as pesquisas com a sapucainha, espécie brasileira de *Chaulmoogra*. Busco refletir também sobre o que podemos chamar de *história dos progressos terapêuticos* para a luta contra a lepra, questionando a forma como é narrado o aparecimento das sulfonas e suas conseqüências para o controle da doença.

CAPÍTULO 1

UM PROBLEMA DOS TRÓPICOS: A LEPRA E SUA TERAPÊUTICA

1.5 A lepra, a bacteriologia e os trópicos

Em geral, apresenta-se como um dos marcos principais da história da lepra, o resultado das pesquisas do médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912), publicados na década de 1870, no qual o pesquisador definiu o agente patogênico da doença.²³ Hansen inseriu a doença nos estudos bacteriológicos, entretanto, mesmo com seu esforço e de outros pesquisadores não foi possível realizar o estudo biológico completo do bacilo pela incapacidade de cultivá-lo.

Diversos estudos analisam as mudanças ocorridas na profilaxia, na terapêutica e na própria forma de encarar a natureza das doenças a partir do desenvolvimento da bacteriologia²⁴. No caso da lepra, apesar das muitas incertezas que estavam relacionadas aos seus estudos, a definição do bacilo *M. leprae* como agente infeccioso transforma radicalmente a forma de encarar sua transmissão, sendo abandonada por muitos a teoria da hereditariedade.²⁵ A doença, vista como infecto-contagiosa, requeria, portanto, medidas

²³ Hansen em seu trabalho sublinha a importância dos estudos dos noruegueses Danielssen e Boeck, em 1848, para o *conhecimento moderno* da doença. Esses autores estabeleceram as bases clínicas da lepra, tornando-a uma doença clinicamente distinguível de outras doenças de pele. Além disso, outros momentos considerados marcos para o *moderno conceito* de lepra referem-se às pesquisas de Virchow e Neisser - com quem Hansen disputa a primazia da descoberta do bacilo. Em 1863, Virchow descreveu a histopatologia da lepra lepromatosa e, em 1879, o alemão Albert Neisser comprovou a presença do bacilo em material leproso. Ver: TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*. Banco de la República – Fondo Editorial Universidad EAFIT, Medellín, 2002; COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2007. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História. (Orientador: André Luiz Vieira Campos.)

²⁴ Ver: ROSENBERG, C. 'The therapeutic Revolution: medicine, meaning and social change in nineteenth-century América. In: *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp9-31; TOMES, Nancy. *The gospel of Germs. Men, women and the microbe in american life*. Harvard Univ. Press, 1988; ROSEN, George. A Era bacteriológica e suas conseqüências (1875-1950). In: *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1994; CUNNINGHAM, Andrew e WILLIAMS, Perry (eds.). *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992; BENCHIMOL, Jaime. Dos micróbios aos mosquitos. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999; TORRES, Diana Obregón. *Op. cit.*; COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Op. Cit.*

²⁵ COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Op. Cit.*

profiláticas enérgicas, como o isolamento.²⁶ Além disso, a prática terapêutica passou a visar não apenas à melhora clínica, mas também à eliminação do agente patogênico.

Existiam poucas certezas sobre a lepra no período e a temática indicava um amplo campo de estudos, no qual havia ainda muito que *descobrir, confirmar, estabilizar*.

Em 1938, na publicação de suas lições do curso de Extensão Universitária, realizado no Centro Internacional de Leprologia, Souza Araujo faz um apanhado das pesquisas sobre a etiologia do agente patogênico da doença. Com a leitura do artigo é possível perceber que as controvérsias não estavam relacionadas apenas ao modo de transmissão e ao seu tratamento, mas antes de tudo à morfologia e biologia do bacilo.²⁷

O autor aponta que desde os primeiros estudos de Armauer Hansen e Neisser, a etiologia da lepra era um campo de incertezas e enfrentamentos. Virchow teria sido um dos que teria contestado a existência do bacilo, entretanto, mesmo no decorrer do século XX, os que acreditavam na existência de um agente patogênico específico da doença divergiam quanto sua natureza, formato, constituição química, ação tóxica e ação no organismo humano e fora dele. A incapacidade de cultivá-lo era um dos obstáculos para a solução destes debates, o que procuravam sanar a partir de estudos comparativos entre o agente patogênico da lepra e o da tuberculose, que segundo os pesquisadores, faziam parte do mesmo gênero, *Mycobacterium*.²⁸

Dessa forma, a lepra encontrava-se integrada na pauta da pesquisa bacteriológica, mas a própria incapacidade de cultivo do bacilo e, dessa forma, a impossibilidade de seguir os *postulados de Koch*²⁹ e o programa preconizado pela microbiologia (saneamento,

²⁶ A 1ª Conferência Internacional sobre a Lepra, realizada em Berlim, em 1897, inseriu a questão do isolamento dos doentes no centro do debate sobre a política de controle da doença, apesar do encontro ter sido marcado por controvérsias em relação à etiologia da doença e aos reais resultados dessa medida profilática. Ver: COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Op. Cit.* TORRES, Diana Obregón. *Op. Cit.*

²⁷ ARAUJO, H. C. de S. *A etiologia da lepra*. In: Revista Médico Cirúrgica do Brasil, ano XLVI, 2ª série, no 2, fevereiro de 1938.p.206-213.

²⁸ Conforme afirma Souza Araujo, apenas na Conferência de Leprologia, realizada em Manila em 1931, adotou-se a denominação *Mycobacterium leprae* para designar o bacilo de Hansen. Ver: ARAUJO, H. C. de S. *A etiologia da lepra*. In: Revista Médico Cirúrgica do Brasil, ano XLVI, 2ª série, no 2, fevereiro de 1938.p.206-213.

²⁹ Segundo Roy Porter, a consolidação da bacteriologia como disciplina científica esteve relacionado aos estudos de Robert Koch. Em 1882, esse pesquisador definiu algumas etapas que deveriam ser realizadas para a comprovação dos agentes causais das doenças, os chamados “Postulados de Koch”, que são: 1) o patógeno deve ser Identificado em todos os casos da doença; 2) deve ser isolado e crescer em meios de cultura; 3) deve reproduzir a mesma doença quando inoculado em um hospedeiro suscetível; 4) deve ser Identificado e, novamente isolado, do hospedeiro experimental infectado. Ver: PORTER, Roy, “From Pasteur to penicillin”

desinfecção e produção de vacinas e soros), levava os pesquisadores a ampliarem seu campo de investigação. A predominância da doença nos territórios coloniais, ditos *tropicais*, levou muitos pesquisadores a associarem a disseminação da doença a determinadas condições ambientais e sociais destes locais.

Nos tratados, manuais e artigos estrangeiros sobre lepra (realizados muitas vezes por médicos que atuavam em territórios coloniais), em geral, iniciava-se com uma seção da história da doença, na qual era discutida a questão da lepra na Europa durante a Idade Média. O declínio da lepra na Europa era indicado como conseqüência, principalmente, de dois fatores: o isolamento de doentes e a melhoria da higiene e do padrão de vida dos europeus. Sendo assim, afirmava-se que “à luz da história” era possível dizer que a lepra era uma doença relacionada a um certo “*grau de civilização*” e a um certo padrão de vida e a seu controle dependia da educação coletiva, da adoção de certas medidas de prevenção e de higiene da população.³⁰

Classificava-se a lepra, no momento, como *doença tropical*, pois predominava nestes locais, tanto por uma questão de costume, ausência de práticas higiênicas, má alimentação, promiscuidade, quanto também por considerarem que a umidade, o calor e a densidade populacional destes locais favoreciam a sua propagação.³¹ Alguns pesquisadores indicavam também como um outro fator que ajudaria a explicar a disseminação da lepra nessas regiões, a possibilidade da transmissão ocorrer por meio de mosquitos, moscas, carrapatos ou piolhos.³²

In; *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanit.* New York/London: W.W. Norton & Company, 1999, pp.428-461.

³⁰ MANSON, Patrick. *Tropical diseases: a manual of diseases of warm climates.* London, Cassel and Company, 1903, 3, edition; MUIR, E. *lepra- diagnóstico, tratamento e profilaxia.* (tradução da 6ª edição por Hamilton Palermo). Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1947; MUIR, Ernest.; ROGERS, Leonard. *Lepra.* Minas Gerais: Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 1937, 331p.

³¹ MANSON, Patrick. *Op. cit.*; MUIR, Ernest.; ROGERS, Leonard. *Op.cit.*; MUIR, E. *Op.cit.*

³² Acredito que o valor destas pesquisas sobre a transmissão da lepra pelos insetos não é enfatizado na historiografia, sendo mencionados, em geral, os estudos sobre a transmissão da lepra pelos mosquitos do renomado cientista brasileiro Adolpho Lutz e as controvérsias com outros pesquisadores. No entanto, apesar das muitas controvérsias que a teoria ocasionou no período, ela também tinha muitos adeptos e podia até influenciar algumas medidas profiláticas. Em regulamentos sanitários e projetos de campanhas nacionais para o controle da doença é possível perceber a preocupação em proteger o domicílio do doente com telas contra moscas e mosquitos. Ver: BARRETO, João de Barros “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) pp. 119-130.p.131; ARAUJO, H. C. de Souza. ‘A profilaxia da lepra no Brasil – 1 parte: a contribuição do autor, durante 40 anos, para a sua solução’. In: *Revista Brasileira de Medicina*, vol. 17, no 4, abril de 1960, PP.309-313.p.309; BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, artigos 156 a 168 Apud: CUNHA, Vívian da Silva. *O isolamento Compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941).* Dissertação apresentada ao Programa de Pós-

Esta inclusão da lepra no grupo das doenças de prevalência nas chamadas *zonas tropicais* proporcionou um novo olhar sobre essa enfermidade. Assim, no contexto do neocolonialismo foi dada à lepra tanto uma história, na qual era justificado o seu desaparecimento da Europa e o seu predomínio, naquele momento, nas *regiões tropicais*, quanto propostas para a solução desse problema. Seria impossível separar as pesquisas sobre a doença e as medidas que foram encaminhadas para seu controle desta interpretação da lepra como uma *doença tropical*, uma doença do *Outro*. Sendo assim, creio que podemos encarar o *trópico* como uma construção cultural que molda discursos e ações referentes à doença.

graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz. (Orientador: Gilberto Hochman). Rio de Janeiro, 2005; BENCHIMOL, J. e SÁ, Magali Romero (org.). Hanseníase/ leprosy. (*Adolpho Lutz: Obra Completa*, v.1, livro 2) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004; Lutz, Adolpho. - A transmissão da lepra pelos mosquitos e a sua profilaxia. Mem. Inst. Oswaldo Cruz; 34(4):475-84, nov.-dez. 1939.

Pesquisadores estrangeiros, como o médico colombiano Carrasquilla, e brasileiros, como Heráclides César de Souza Araújo, defenderam por muito tempo a tese da transmissão da lepra pelas pulgas ou pelos mosquitos. Até recentemente, a tese de transmissão da lepra pelos mosquitos ainda estava em aberto, como pode ser visto na edição de 1996 do manual *Tropical diseases*. Ver: COOK, G. C. *Manson's tropical diseases*. London WB Saunders Company, 1996; Araujo, H. C. de Souza. 'poderá o carrapato transmitir a lepra' In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 37 (2), 1942. p.95-104; RIVAS, Guillermo Muñoz. *Lepra – estudos experimentales/Estudios experimentales sobre la transmision de la lepra*. Laboratório Muñoz-Rivas, Colombia, 1958.

1.2 O trópico como problema

As concepções de natureza são vistas hoje como um instigante objeto histórico com o qual se podem pensar os valores e as relações sociais de uma determinada época. Trata-se de *encarar a natureza como problema histórico*, ou seja, ver a natureza não como algo que existe “lá fora”, mas como um conceito que faz parte de nossas *estruturas mentais* e de nossos conhecimentos históricos.³³

Raymond Williams em seu texto “*Ideas of nature*” afirma que: *The Idea of nature contains, though often unnoticed, an extraordinary amount of human history.*³⁴ O autor destaca a centralidade que o conceito de “natureza” ocupa em nossos discursos, já que, de uma diversidade de coisas e processos visíveis, esse conceito constrói uma unidade, que organiza mentalmente nosso mundo. Porém, como o autor sublinha, por trás da idéia de natureza está sempre a idéia de humanidade. As teorias políticas e sociológicas pensam o ser humano em sociedade a partir desta oposição entre *mundo humano* e *mundo natural* e quando agimos no mundo, nós estamos sempre acionando esses referenciais.³⁵

O autor faz um breve histórico do conceito de natureza, mas procura, principalmente, refletir sobre as conseqüências da não inclusão da humanidade no *mundo natural*. Em nossa interação com o mundo físico, temos muita dificuldade de reconhecer todos os produtos de nossa própria atividade, o que para o autor, pode ter sérias conseqüências, já que alienamo-nos de nossa própria história.

Segundo Williams, se falamos de *intervenção* dos seres humanos na natureza, já estamos opondo o *mundo humano* ao que seria a natureza e dando ao ser humano o poder de decidir agir ou não, controlando, dominando, ou até mesmo, preservando o *mundo natural*. Sendo assim, o que entendemos hoje como a idéia mais secular e racional de natureza, depende, segundo ele, de outra abstração singular, a idéia de ser humano.³⁶

Além disso, Williams afirma que as concepções de natureza são projeções das concepções que temos sobre os grupos humanos e suas relações sociais. Para ele, toda

³³ ARNOLD, D. *La naturaleza como problema histórico – El médío, La cultura y La expansion de Europa*. México, Fondo de Cultura Economica, 2001.

³⁴ WILLIAMS. R. “Ideas of nature”. In: *Problems in materialism and culture*. London, 1980.p.67.

³⁵ WILLIAMS. R. Op. cit.

³⁶ Idem, *Ibidem*.

chamada conquista da natureza, foi uma conquista, ou melhor, uma dominação de *homens por homens*.³⁷

Esses pontos levantados pelo autor perpassam as discussões travadas pela historiografia atual que procura pensar o conceito de *tropicaltropical*, elemento central nos discursos, nas idéias e nas práticas européias no contexto de expansão imperialista. Neste caso particular, fica-nos muito claro como por trás de concepções de natureza estão presentes também concepções sobre o *mundo humano*, tipos de sociedades e suas relações sociais.

Como salienta David Arnold a história do ambiente e de suas interpretações é um elemento central na complexa história da relação material e cultural entre a Europa e o resto do mundo. O autor sublinha a necessidade dos historiadores não pensarem apenas sobre os efeitos das mudanças do ambiente nas sociedades humanas, mas que procurassem historicizar as idéias sobre o mundo natural, refletindo como essas se desenvolveram e passaram a formar parte de nossa história e cultura. Para ele, “*El ambiente o medio ha sido no solo um lugar: también el campo de batalla donde han contendido ferozmente ideologias y culturas.*”³⁸

Deste modo, é importante atentar para o fato de que o ambiente físico e as interpretações que são feitas sobre ele influenciam na formação da identidade coletiva de um grupo cultural ou nacional. Este ponto é interessante, pois como afirma Arnold, o ambiente é também local de diferenças, com o qual se cria e se retifica identidades, por exemplo: entre Europa e Ásia e entre as ditas *regiões tropicais* e as *regiões temperadas*³⁹.

Voltando aos pontos levantados por Raymond Williams, é possível perceber o quanto determinadas concepções sobre o *mundo natural* – no caso, *lugares e doenças tropicais* – e, o que não podemos esquecer, concepções sobre o *mundo humano* e as relações que se estabelecem entre grupos sociais – no caso, potências imperiais e povos dominados -, estão presentes tanto no par de opostos, *zonas tropicais x zonas temperadas*, quanto na oposição, *povos civilizados x povos selvagens*.

³⁷ WILLIAMS, R. Op. Cit.

³⁸ ARNOLD, D. *La naturaleza como problema histórico – El medio, La cultura y La expansion de Europa*. México, Fondo de Cultura Economica, 2001.p 11.

³⁹ ARNOLD, D. Op. Cit.

Segundo Arnold, devemos estar atentos ao *sentido de alteridade* que perpassa esses pares de opostos e procurar ver os *trópicos* como uma categoria cultural e não meramente geográfica.⁴⁰ Como *tropical* foi definido tudo o que era diferente da Europa tanto em termos culturais, quanto ambientais.⁴¹

Porém, não devemos esquecer que os *trópicos* foram mais do que uma construção cultural do europeu, pois também foram fisicamente transformados em *trópicos* neste processo de interação, já que as formas de incorporação e domínio da região e de seus habitantes tiveram conseqüências ambientais, e também podemos dizer sociais e políticas, importantes.⁴²

As *regiões tropicais* não são apenas espaços marcados pelo clima quente e pela mata exuberante das florestas, mas são espaços que foram controlados, dominados e modificados, ao longo do processo histórico e das relações sociais que foram travadas nestes diversos e singulares territórios. Segundo David Arnold, os europeus apropriaram-se e controlaram os *trópicos* de três maneiras: conhecendo, incorporando e circulando os recursos naturais; escravizando a mão-de-obra não-branca; e dominando as ditas *doenças tropicais*.⁴³

Diante desses temas desenvolvidos por esta historiografia que pensa o *tropico* como um instigante objeto histórico, interessa-me especificamente dois aspectos: *a natureza tropical como local de recursos naturais valiosos* – já que a prática terapêutica da lepra baseava-se na utilização de espécies vegetais, as Chaulmoogras, da chamada *flora tropical* -

⁴⁰ ARNOLD, David. "Introduction: Tropical Medicine before Manson", In: ARNOLD, D.(Ed.) *Warm climates and western medicine: the emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta, Rodopi, 1996, pp.1-19.

⁴¹ ARNOLD, D. *La naturaleza como problema histórico – El médio, La cultura y La expansion de Europa*. México, Fondo de Cultura Economica, 2001;

⁴² Apenas para exemplificar como esta construção cultural foi também resultado da ação humana e dos processos naturais que ocorreram nestes espaços, podemos pensar no caso da *areca* (palmeira imperial), espécie asiática de palmeira aclimatada no Brasil, que de espécie estrangeira tornou-se um importante símbolo na paisagem vegetal do país. Como indica Stepan, a palmeira representa no imaginário ocidental o símbolo dos trópicos e desta natureza tropical, ou seja, a natureza intocada pelas "mãos transformadoras do homem", local privilegiado para o estudo científico do mundo natural. No entanto, devemos refletir que tanto as palmeiras quanto outras espécies vegetais foram aclimatadas em regiões vistas como tropicais, o que pode nos indicar que a própria circulação de plantas entre territórios coloniais, desde "os descobrimentos" no século XVI, cria fisicamente este ambiente, ou melhor, esta *natureza tropical*, que foi estudada, classificada e conhecida com grande seriedade e esforço pelos naturalistas e viajantes do século XIX.

⁴³ ARNOLD, D. *La naturaleza como problema histórico – El médio, La cultura y La expansion de Europa*. México, Fondo de Cultura Economica, 2001.p.148.

e o combate às ditas doenças tropicais – pois como afirmei anteriormente, a lepra passou a ser vista como problema dos *trópicos* no final do século XIX, devido a sua alta incidência nos territórios coloniais.

Contudo, deve-se observar que esses dois aspectos referem-se a diferentes representações desses ditos *trópicos*. As *regiões tropicais* podem ser apresentadas como locais onde a natureza é exuberante, diversificada e fértil ou como locais perigosos e pestilentos.

É visível o contraste entre as paisagens admiradas e estudadas por Humboldt ou von Martius e a floresta sombria dos textos de Joseph Conrad ou o ambiente insalubre apresentado pela medicina europeia no século XIX. Todos esses estereótipos, imagens e argumentos sobre os *trópicos*, mesmo que opostos e contraditórios, foram (e são) criados, retificados e acionados por diferentes grupos em situações específicas, entretanto, são responsáveis por instituí-lo, por torná-lo tão visível, significativo e real para nós.⁴⁴

Uma dessas representações refere-se aos estudos de Alexander von Humboldt, que, segundo Nancy Stepan, forneceu-nos um modo de ver e escrever sobre os *trópicos* que influenciou artistas e naturalistas de todo o mundo. Seus estudos teriam inserido os *trópicos* no mapa mundial de uma nova maneira, como um lugar de interesse científico. A fertilidade e abundância da natureza desses locais - que já podia ser vista nos escritos de viajantes europeus ao Novo Mundo, desde o século XV - torna-se objeto de estudo, classificação e comparação.⁴⁵

Humboldt é conhecido como o fundador da *fito-geografia* – distribuição das plantas em diferentes áreas do globo – e uma de suas inovações teria sido a criação das linhas

⁴⁴ Em seu estudo sobre a *invenção* do Nordeste e do nordestino, Durval afirma que: “A identidade nacional ou regional é uma construção mental, são conceitos sintéticos e abstratos que procuram dar conta de uma generalização intelectual, de uma enorme variedade de experiências efetivas. Falar e ver a nação ou a região não é, a rigor, espelhar estas realidades, mas criá-las. São espaços que se institucionalizam, que ganham foro de verdade. Essas cristalizações de pretensas realidades objetivas nos fazem falta, porque aprendemos a viver por imagens. Nossos territórios existenciais são imagéticos. Eles nos chegam e são objetivados por meio da educação, dos contatos sociais, dos hábitos, ou seja, da cultura, que nos faz pensar o real como totalizações abstratas.” Ver: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. *A invenção do Nordeste e outras artes*. 2ª edição. São Paulo/Recife: Cortez/Massangana, 2001.p.27.

⁴⁵ STEPAN, Nancy Leys. *Picturing tropical nature*. Reaktion books, 2001.p35-43.

isotérmicas com as quais pode-se visualizar os pontos no globo que possuem as mesmas temperaturas.⁴⁶

Na divisão do mapa mundial feita por estas linhas isotérmicas, criam-se grandes regiões nos quais diferentes lugares do globo são conectados, tornando-se elementos comparáveis e semelhantes, re-configurando, assim, o mundo em *zonas climáticas* e não apenas entre *Novo Mundo* x *Velho Mundo*.⁴⁷

Com essa divisão do mundo em zonas climáticas e o desenvolvimento de uma *fitogeografia*, é possível falar, então, de uma *flora tropical* e torná-la objeto de investigação científica.

Não pretendo desenvolver aqui os diferentes aspectos do que podemos chamar de *visão positiva dos trópicos* ao longo do tempo, mas gostaria apenas de sinalizar que esta *flora tropical* vai ser vista tanto como um lugar privilegiado para o estudo botânico e para a classificação e sistematização de novas espécies, quanto como fonte de produtos comerciais, como as plantas medicinais.⁴⁸

David Arnold enfatiza a importância prática desse processo de conhecimento da *natureza tropical* e das propriedades das plantas medicinais, já que levou a exploração econômica e médica desses elementos e ao intercâmbio de plantas entre diferentes regiões das *zonas tropicais*.⁴⁹ Os europeus não apenas apropriavam-se das plantas de outros meios como também incorporaram parte dos próprios conhecimentos locais sobre elas.⁵⁰

Um exemplo bem conhecido de apropriação de um vegetal da chamada *flora tropical* e de seu uso medicinal pelos europeus é a quinina. Essa foi apropriada pelos jesuítas, após a

⁴⁶ Conforme a botânica Dora de Amarante Romariz: “Humboldt não foi só o estruturador da fitogeografia, como também estabeleceu os métodos de observação de quase todos os ramos da geografia física. Além disso, generalizou o uso do barômetro para determinar altitudes; criou, à base de dados altimétricos, a representação do relevo por meio de cortes (perfis) e foi o primeiro, em 1817, a confeccionar mapas onde os pontos de iguais temperaturas eram ligados por linhas. Surgiram, assim, as “isotermas”, origem de todas as demais isolinhas, hoje de tão largo emprego para a representação dos mais variados fenômenos.” Ver: ROMARIZ, Dora de Amarante. Humboldt e a fitogeografia. São Paulo: Lemos Editorial, 1996. P.22.

⁴⁷ STEPAN, Nancy Leys. *Picturing tropical nature*. Reaktion books, 2001.p35-43.p.38.

⁴⁸ ARNOLD, D. *La naturaleza como problema histórico – El médico, La cultura y La expansion de Europa*. México, Fondo de Cultura Economica, 2001.p.150-1.

⁴⁹ O vínculo entre esses territórios possibilitava a tentativa de aclimação de espécies vegetais (como o açúcar, a quinina, o café, etc.) em diferentes locais, o que servia aos interesses econômicos das potências imperiais e, ao mesmo tempo, indicava a identidade e a função desse *mundo tropical* no comércio internacional. Segundo Arnold, esse intercâmbio de plantas ocorria desde o início da expansão européia, entretanto, no final do século XVIII, tornam-se mais organizados e intensos. ARNOLD, P. *Op. Cit.* 150-1.

⁵⁰ ARNOLD, D. *Op. cit.* p.150.

observação de seu uso pelos índios dos Andes na cura das ditas *febres*, e, com o tempo, tornou-se o medicamento europeu para o tratamento e prevenção da malária, *doença tropical* considerada um dos grandes empecilhos aos impérios europeus.⁵¹

A apropriação de espécies vegetais como recursos medicinais remete-nos a outra imagem dos *trópicos*, sua representação como região pestilenta e insalubre.

Essa associação entre doenças e ambiente é muito antiga, entretanto, foi interpretada de formas diferentes ao longo do tempo.⁵² Em geral, assinala-se a emergência de discursos neo-hipocráticos no século XVIII e procura-se demonstrar que o paradigma climatológico era uma chave interpretativa de grande relevância para as discussões científicas durante o século XIX. Nesse momento, o clima foi um dos fatores centrais na explicação das doenças e das diferenças entre europeus e não-europeus.

Uma das discussões recorrentes no século XIX referia-se a possibilidade de aclimatação dos europeus nos ditos *trópicos*.⁵³ Os médicos do período procuravam indicar as medidas que deveriam ser tomadas pelos europeus que fossem morar em regiões tropicais para prevenirem as *doenças dos climas quentes*. Os conselhos versavam sobre a vestimenta, os exercícios, os banhos, o sono, a alimentação e sobre o comportamento dos europeus.⁵⁴

No entanto, afirma-se que as inovações trazidas pela bacteriologia com a definição de agentes específicos das doenças e pela medicina tropical inglesa com a definição de vetores que transmitiam muitas das *doenças tropicais*, no final do século XIX, teriam transformado radicalmente a forma de encarar as doenças e seu controle.⁵⁵

⁵¹ Idem, *ibidem*.p.150.

⁵² Caroline Hannaway, “Environment and miasmata”, In W. F. Bynun and Roy Porter (ed.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. I. London and New York, Routledge, 1993, pp.292-307.

⁵³ LIVINGSTONE, David N. ‘Human Acclimatization : perspectives on a contested field of inquiry in Science, medicine and geography’. In: *History of Science*, 25, 1987, 359-394; HARRISON, Mark. *Climates and constitution- health , race environment and British mperialism in Índia*.Oxford University Press, 1999.

⁵⁴ LIVINGSTONE, David N.. ‘Human Acclimatization : perspectives on a contested field of inquiry in Science, medicine and geography’. In: *History of Science*, 25, 1987, 359-394.

⁵⁵ Sobre o impacto do desenvolvimento da bacteriologia na medicina ver: ROSENBERG, C. ‘The therapeutic Revolution: medicine, meaning and social change in nineteenth-century América. In: *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992,pp9-31; TOMES, Nancy. *The gospel of Germs. Men, women and the microbe in american life*. Harvard Univ. Press, 1988; ROSEN, George. A Era bacteriológica e suas conseqüências (1875-1950). In: *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1994; CUNNINGHAM, Andrew e WILLIAMS, Perry (eds.). *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992; PORTER, Roy, “Scientific medicine in the nineteenth century”, In; *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanit*.New York/London: W.W. Norton & Company, 1999, pp304-47.

A chamada *era pré-científica* ou *pré-mansoniana*, com sua *teoria dos miasmas* – que associava as causas das doenças a diversos fatores, inclusive ambientais e climáticos - teria sido abandonada, dando lugar a uma *era-científica*, na qual a prática médica era auxiliada e legitimada pelo laboratório.

Em contraponto a uma narrativa triunfalista e teleológica da história da medicina, a historiografia vem questionando esse momento de inflexão, procurando mostrar que essas definições foram criadas pelos próprios contemporâneos com o intuito de distanciarem-se das antigas práticas e teorias que procuravam questionar e transformar.⁵⁶

Busca-se hoje enfatizar que, mesmo antes da criação da especialidade Medicina Tropical, já existia uma grande produção de conhecimentos sobre as chamadas *doenças dos climas quentes*.⁵⁷ Como afirma Arnold, desde a conquista e a exploração do Novo Mundo,

Sobre a medicina tropical ver: WORBOYS, Michael . “Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: From ‘Diseases in the Tropics’ to ‘Tropical Diseases’”. In David Arnold (ed.), *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta, Rodopi, 1996, pp. 181-207; FARLEY, John, “Parasites and Germ Theory”, in Charles Rosenberg e Janet Golden (editors), *Framing Disease - Studies in Cultural History*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1997; ANDERSON, Warwick, "Immunities of Empire: Race, Disease, and the New Tropical Medicine, 1900-1920". *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 70, No. 1 (Spring 1996), pp. 94-118.

⁵⁶ No Brasil, esta *nova era científica* esteve associada ao Instituto de Manguinhos e a atuação de Oswaldo Cruz. No entanto, a historiografia brasileira procura também questionar essas periodizações mais tradicionais. Alguns trabalhos questionam a imagem de Oswaldo Cruz como o fundador da medicina microbiana no Brasil, analisando os trabalhos de pesquisadores de gerações anteriores. Além disso, busca-se hoje historiar também as práticas e as teorias médicas presentes no cotidiano colonial e imperial. Ver: BENCHIMOL, Jaime. *Dos micróbios aos mosquitos. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999; EDLER, F. C. A institucionalização da medicina no Brasil imperial. In: Ana Maria Ribeiro de Andrade. (Org.). *Ciência em Perspectiva. Estudos, ensaios e debates*. Rio de Janeiro: MAST / MCT - SBHC, 2003, v.1, p. 41-59; EDLER, Flávio. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social / UERJ, 1999; FERREIRA, Luiz Otávio. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-1843). *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 331-351, 1999; FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese de doutorado. São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP, 1996; DANTES, M. A.M. *Espaços de ciências no Brasil(1800-1930)*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2001. CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril. Cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996;

⁵⁷ Alguns estudos procuram demonstrar que, seguindo o paradigma da climatologia médica, que associava as doenças às características do meio ambiente local, a Academia Imperial de Medicina foi um espaço de produção e validação de conhecimentos sobre a nosologia brasileira. Os médicos da AIM, muito influenciados pelos higienistas franceses, tinham como preocupação viabilizar a implantação de uma sociedade civilizada nos *trópicos* e, em geral, argumentavam que, a partir de uma *postura higiênica*, os efeitos do calor, umidade e dos miasmas poderiam ser atenuados. Ver: FERREIRA, Luiz Otávio. Uma interpretação higienista do Brasil. In: Alda Heizer; Antonio Augusto Passos Videira. (Org.). *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. 1 ed. Rio de Janeiro: ACESS Editora, 2001, v. , p. 207-224; FERREIRA, Luiz Otávio . Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-1843). Op. Cit.

Já Flávio Edler procura discutir as periodizações e revisar as demarcações clássicas sobre as origens, os atores e a epistemologia da medicina tropical, ao analisar as pesquisas parasitológicas realizadas no Brasil,

os europeus estiveram atentos às doenças e às singularidades dessa região. Sendo assim, contrapondo-se a uma narrativa que encara Patrick Manson como o fundador do que seria a primeira disciplina científica a tratar das *doenças dos trópicos*, Arnold procura entender essa preocupação dos europeus em um sentido mais amplo, buscando compreender a construção da própria idéia de *tropical*.⁵⁸

A bibliografia é extensa e não pretendo detalhar com precisão todas as questões discutidas, entretanto, gostaria de salientar apenas o esforço atual dos historiadores de questionar certas periodizações e de procurar entender as especificidades dessa disciplina, cuja criação foi defendida pelo médico inglês Patrick Manson no final do século XIX.⁵⁹

O trabalho de Worboys é representativo desse esforço, já que busca analisar os sentidos desse deslocamento da *medicina nos trópicos* ou *medicina dos climas quentes* para a *medicina tropical*. Para Worboys, a criação e o processo de legitimação científica da medicina tropical ao invés de confirmar uma fixa distinção entre as doenças parasitárias e infecciosas, de fato, criou esta divisão no final do século XIX.⁶⁰ Worboys sublinha que não existia apenas uma teoria dos germes, mas coexistiam muitas teorias diferentes competindo sobre a natureza, difusão e ação destes patógenos. Apenas depois da medicina tropical é que se poderia falar em bacteriologia e parasitologia. O autor argumenta que a natureza da

em meados do século XIX. Ver: EDLER, F. C. A institucionalização da medicina no Brasil imperial. Op. Cit. EDLER, Flávio. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Op. Cit.

⁵⁸ ARNOLD, David. "Introduction: Tropical Medicine before Manson", Op. cit.

⁵⁹ Durante sua conferência, "The necessity for special education in tropical medicine", em 1897, no Saint George's Hospital, em Londres, Manson defendeu a criação de uma nova disciplina no âmbito da medicina. Conforme seu discurso, era inevitável que esta especialidade fizesse parte do currículo das faculdades de medicina da Grã-Bretanha, já que este era o centro de um império tropical em constante crescimento. Este médico e pesquisador renomado sinalizava em sua conferência a diferença entre as doenças tropicais e as doenças do clima temperado – únicas estudadas pelos estudantes britânicos de medicina – enfatizando que grande parte dos médicos após sua graduação deveria praticar seu ofício em lugares de clima quente, assim como tinha ocorrido com ele. Sendo assim, o médico sublinhava a necessidade dos médicos chegarem a estes locais bem equipados e bem treinados para '*este trabalho especial*'. Para Manson, apesar dos princípios da patologia e da terapêutica serem os mesmos, a aplicação destes desafiava o médico que exerce sua prática nos trópicos. Ver: MANSON, Patrick. "The necessity of special education in tropical medicine", *The lancet*, vol.II, 1897.pp842-845.

⁶⁰ Worboys dialoga principalmente com o texto de John Farley, procurando oferecer uma interpretação diferente da que tinha sido feita por esse autor no texto "*Parasites and the germ theory of disease*". Ver: FARLEY, John, "Parasites and Germ Theory", in Charles Rosenberg e Janet Golden (editors), *Framing Disease - Studies in Cultural History*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1997; WORBOYS, Michael. "Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: From 'Diseases in the Tropics' to 'Tropical Diseases'". In David Arnold (ed.), *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta, Rodopi, 1996, pp. 181-207;

medicina tropical mansoniana deve mais a sua distinta abordagem sobre o controle das doenças do que a uma distinção de “*cognitive framework*”.⁶¹

Dessa forma, as pesquisas sobre a história da medicina tropical debruçam-se sobre as relações entre campos disciplinares, como bacteriologia, parasitologia, entomologia e ecologia, sobre a associação entre a medicina ocidental e a expansão imperialista e, conseqüentemente, sobre o processo de institucionalização deste novo campo de saber, no qual noções geográficas e climáticas continuam presentes, a partir de novos modelos interpretativos.⁶²

Ao analisar a literatura médica inglesa sobre a Índia, o historiador Harrison, em claro diálogo com os textos de David Arnold, anteriormente citados, afirma que os estudos da primeira metade do século XIX faziam pouca referência ao conceito de *tropical*, mencionando, principalmente, as condições locais indianas. O debate médico visava solucionar o impacto das condições locais na constituição do europeu, fazendo referências, especificamente, às *doenças indianas* e ao *clima indiano*. No entanto, assinala que, somente no final do século, com a fundação de uma disciplina específica, a medicina tropical e a definição das bactérias e parasitas que causavam as doenças como malária, cólera e tifo, foram sumindo, gradualmente, as referências às doenças estritamente indianas e tomando força uma classificação geral das doenças. Assim, tornaram-se mais freqüentes e significativas as conexões entre as regiões indianas e outras *regiões tropicais* do planeta⁶³

No que se refere, especificamente, ao problema da lepra, a historiografia aponta que, no contexto da chamada *era dos impérios* (1880-1914)⁶⁴, essa doença passou a ser vista como um perigo imperial (*Imperial Danger*).⁶⁵

Segundo Buckingham, a investigação da lepra na Índia desenvolveu-se no amplo contexto de preocupação dos britânicos com o bem estar do Império e o desenvolvimento

⁶¹ WORBOYS, Michael . Op. Cit. P182.

⁶² Caponi procura discutir a novidade epistemológica que o programa de investigação da medicina tropical representava, sinalizando, entretanto, suas conexões aos saberes e discursos que o antecederam e foram sua condição de possibilidade. Ver: CAPONI, Sandra. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2003, vol.10, n.1 , pp. 113-149.

⁶³ HARRISON, Mark. *Climates and constitution- health , race environment and British mperialism in Índia*.Oxford University Press, 1999.

⁶⁴ HOBBSAWN, Eric. *A era dos impérios*.Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

⁶⁵ SHELDON, Watts. “Dark hidden meanings: leprosy and lepers in the medieval West and in the tropical world under the European Imperium”, *Epdemics and history. Desease, power and imperialism*. New Haven / London, Yale University Press, 1997, pp-40-83.

de uma cultura de inquéritos científicos na Europa. Para a autora, a pesquisa sobre a doença nesta região contribuiu tanto para o desenvolvimento de uma ciência médica nas colônias quanto para a profissionalização médica naquela metrópole.

No entanto, seguindo o argumento de Harrisson, a autora afirma que a falta de recursos para pesquisas era um grave problema para o *Indian Medical Service* até o desenvolvimento da medicina tropical como uma disciplina científica, no final do século, que deu grande impulso ao estudo sobre as enfermidades que grassavam o Império.⁶⁶ A lepra deixaria de ser vista como um problema local para tornar-se uma ameaça internacional.⁶⁷

Como afirma Dina Obregón Torres, em seu trabalho sobre o combate da lepra na Colômbia, o adjetivo *tropical* que a lepra assumiu no final do século, demonstra a conotação claramente política da classificação, já que por trás do termo estaria a idéia equivocada de que a doença nunca tinha sido encontrada nas *zonas temperadas*.⁶⁸

Definindo a lepra como um problema dos outros, *dos povos colonizados*, a medicina européia do período, afirmava a superioridade dos europeus, já que a incidência da lepra nos territórios coloniais e seu *caráter tropical* será associado, em uma certa medida, às condições ambientais, como o clima e a umidade, mas, principalmente, aos costumes e a vida das populações desses locais.

Isso pode ser observado no manual "*Tropical diseases: a manual of diseases of warm climate*" de Patrick Manson, visto como marco para a definição das ditas *doenças tropicais* no final do século XIX.⁶⁹

Na *introdução* do Manual o médico afirmava: "*The title which I have elected to give to this work, Tropical Diseases, is more convenient than accurate*". Segundo ele, o termo

⁶⁶ BUCKINGHAM, Jane. *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*. Basingstoke: Palgrave, 2002.

⁶⁷ SHELDON, Watts. Op. Cit.

⁶⁸ TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colômbia*. Banco de la República – Fondo Editorial Universidad EAFIT, Medellín, 2002, p.19.

⁶⁹ Esse manual foi publicado, em 1898, por Patrick Manson, entretanto, foi periodicamente reeditado e modificado e as novas edições foram incorporando outras informações. Até a sexta edição do trabalho, de 1917, Manson foi o único responsável pela publicação. Após a sua morte em 1922, seu genro Philip H. Manson-Bahr passou a editar o trabalho, modificando o texto original. Essas novas edições foram intituladas *Manson's tropical diseases*. Tive acesso a algumas edições desse manual, mas faço referência aqui a terceira e a oitava edição: a edição de 1903, que pertencia a Oswaldo Cruz e a edição de 1925 que pertencia a Carlos Chagas. Ver: MANSON, Patrick. *Tropical diseases: a manual of diseases of warm climates*. London, Cassel and Company, 1903, 3 ed. MANSON-BAHR, Philip H. *Manson's tropical diseases*. London, Cassel and Company, 1925, 8 ed.

tropical foi empregado em um sentido meteorológico e não geográfico e o termo *doenças tropicais* serviria para indicar doenças que ocorreriam apenas nos climas quentes ou, por diferentes circunstâncias, eram prevalentes nestas regiões.

Em seguida, Manson declara que apesar da temperatura agir como um importante fator patogênico seria muito raro que fosse de forma direta. E questiona-se: Como os trópicos influenciam as doenças? E por que algumas doenças são peculiares aos climas tropicais ou prevalentes nesses climas?

O médico, então, sublinha que a *ciência moderna* tinha demonstrado que praticamente todas as doenças, direta ou indiretamente, eram causadas por germes. Muitos desses germes já tinham sido descobertos e alguns ainda estavam para ser, entretanto, a existência deles já podia ser assegurada.

Esse raciocínio apresenta-nos a força da tradição de pesquisa já consolidada no momento, a partir da qual ações e conhecimentos futuros já eram previstos. A bacteriologia ou “teoria dos germes” indicava uma forma bastante específica de pensar a medicina, informando, tanto os conhecimentos sobre a natureza das doenças, quanto às práticas médicas necessárias para combatê-las. Uma importante característica desta tradição de pesquisa chamada pelos médicos do período como a *moderna ciência* é a definição de um modelo universal de explicação da natureza das doenças.

No entanto, Manson afirma também que como esses germes são seres vivos, eles precisam de certas condições físicas ideais de temperatura e meio para seu bem-estar. Além disso, como parasitas, eles precisam passar de hospedeiro para hospedeiro, o que só ocorre em condições especiais de temperatura, em determinados meios - água, ar, comida -, ou por meio de um vetor, como os insetos. O médico segue sua argumentação afirmando que para alguns parasitos se desenvolverem, eles precisam estar em local de alta temperatura, o que explicaria o fato desses parasitos e das doenças que eles causam serem necessariamente tropicais ou sub-tropicais.

Ao final da *Introdução*, Manson diz que incluiu certas doenças cosmopolitas como a lepra e a peste, que não dependem de condições climáticas e ambientais. No entanto, para justificar a predominância dessas doenças nos *trópicos*, o autor apresenta mais um elemento, o *grau de civilização*, como fator que influencia a propagação das doenças, e o relaciona ao clima quente.

Conforme o autor:

In the following pages I have included certain cosmopolitan diseases, such as leprosy and plague, diseases which, properly speaking, do not depend in any very especial way, or necessarily, on climate conditions. They have been practically ousted from Europe and the temperate parts of America by the spread of civilization, and the improve hygiene that has followed in its train, and are now virtually confined to tropical and sub-tropical countries, where they still survive under those backward social and sanitary conditions which are necessary for their, successful propagation, and which are more or less an indirect outcome of tropical climate.⁷⁰

A ressalva do autor para inclusão do que ele chama de *cosmopolitan diseases* como a lepra e a peste diz respeito a carga simbólica que essas doenças carregavam pelo grande impacto que causaram a Europa em outros momentos. No caso da lepra, o lugar que a doença ocupava no *imaginário europeu* era significativo, já que estava envolvida por imagens bíblicas.⁷¹

Manson procura discutir a história da doença, enfatizando que a lepra tinha sido muito comum na Europa durante a Idade Média, tendo sido controlada através do isolamento dos doentes. Segundo o médico, ainda existiam casos expressivos da doença na Noruega, entretanto, a doença estava sendo controlada no país, a partir da adoção de medidas de segregação que estavam sendo efetivadas de forma mais humana do que tinha sido feito antigamente.

Para ele, a doença estaria tão difundida nos países tropicais e subtropicais que seria mais fácil falar em quais locais não tinham casos notificados do que listar os países com casos de lepra. Para o autor: *“It may be safely concluded, therefore, that with the exception of a few insignificant islands, leprosy is an element, and often an important element, in the pathology of nearly all warm countries.”*⁷² Os doentes existentes na Grã-Bretanha e no resto da Europa teriam contraído a doença no estrangeiro.

⁷⁰ MANSON, Patrick. *Tropical diseases: a manual of diseases of warm climates*. London, Cassel and Company, 1903, 3 edition. p. xxiv.

⁷¹ Ver: MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social, São Paulo: USP, 1995. Capítulo 1.

⁷² MANSON, P. opt. cit. (grifos meus)

O clima não era indicado como uma causa para a lepra, mas poderia ser um aspecto importante para a definição da forma clínica da doença. Segundo o autor, em locais temperados, em geral, predominava a lepra nodular, já nos locais quentes tinha-se uma maior presença de casos de lepra nervosa.⁷³

Manson sublinha que fatores como falta de higiene e pobreza não eram as causas da doença, mas estavam relacionados à sua predominância em determinados locais. Para reforçar seu argumento, o médico cita outro autor, Mr. Jonathan Hutchinson, que afirmava que a lepra era uma doença de *semi-civilização*. Segundo este autor, selvagens e povos altamente civilizados estão isentos de lepra. Apenas quando os selvagens começam a vestir roupas e a viver em casas, eles tornam-se suscetíveis à doença, já que nos primeiros estágios de civilização as oportunidades para a infecção seriam multiplicadas.

A partir desse texto é possível perceber a peculiar forma de enxergar esta região chamada de *tropical* pelo médico e seus contemporâneos, já que ele faz relações entre o clima quente e o atraso social dos povos dessas regiões. A predominância de lepra nos *tropicais* propiciava a comparação entre a Europa da Idade Média e as regiões coloniais, demonstrando o atraso e a inferioridades de seus habitantes.

O que perpassa no texto é a idéia de que esse povo *semi-civilizado* sofria com doenças que não sabia e não podia controlar, mas que a medicina tropical, a partir de conhecimento e práticas médicas específicas, apresentava-se como a disciplina responsável por retirá-los do atraso e da *semi-civilização*. Dessa forma, podemos notar que, a partir de certos repertórios e enquadramentos advindos de referências culturais, políticas e intelectuais, é construída essa imagem do que seria esse *Outro* e suas doenças⁷⁴.

Mesmo com o desenvolvimento da bacteriologia e com a definição dos agentes patogênicos das doenças - o que denotaria uma universalização da medicina e de suas práticas - as condições ambientais ainda eram essenciais para o conhecimento médico do período. Na chamada medicina tropical o clima não tinha influência direta na produção de

⁷³ Grande parte do verbete é dedicada à descrição dos sintomas clínicos, através da definição de diferentes estágios do lento processo de desenvolvimento da doença. Segundo Manson, apesar do bacilo da lepra ser a causa da doença, as manifestações clínicas não eram idênticas em cada caso particular. Três formas clínicas da doença eram encontradas: *nodular leprosy*, *nerve leprosy*, *mixed leprosy*. Além da descrição destes casos, o texto continha também desenhos que os exemplificavam.

⁷⁴ ARNOLD, David. "Inventing tropicality". In: *The problem of nature: environment, culture and European expansion*. Blackwell Publishers, Oxford / Cambridge, 1996, pp-141-68; STEPAN, Nancy Leys. *Picturing tropical nature*. Reaktion books, 2001.

doenças, entretanto, o *tropical*, e toda a carga simbólica que o termo possuía - no que dizia respeito, tanto ao ambiente, quanto às condições sociais e culturais dos povos daquela região - era visto como definitivo para a predominância de determinadas doenças nesses locais.⁷⁵

Ao analisar a atuação da *British Empire Leprosy Relief Association* para o controle da lepra no Império Britânico, Worboys sublinha a importância do debate sobre os efeitos de um processo civilizador não concluído na disseminação de doenças.⁷⁶ O autor demonstra o esforço de alguns médicos de re-configurar a lepra como uma *doença tropical* relacionada à raça, ao atraso e a inferioridade de certos grupos e de difundir a idéia de que os doentes deveriam ser objetos de compaixão e cuidados.

Além disso, Worbloys ressalta que muitos buscaram mostrar que o crescimento da lepra era resultado do “desenvolvimento colonial” e seus efeitos na vida da população local. É interessante perceber que a alta incidência de doentes com lepra nos territórios de dominação britânica era indicada como resultado do pouco desenvolvimento social,

⁷⁵ Seguindo as considerações de Worboys e diante da leitura das diferentes edições desse manual, creio que a inclusão no manual de doenças como a lepra, a peste e de outras que não tinham sido comprovadas a sua transmissão por vetores, pode nos indicar uma moldura muito mais ampla na qual este grupo era formado, que ultrapassa o valor da *teoria parasito-vetor* para definição da medicina tropical como uma especialidade médica. Nas primeiras edições do manual, é possível perceber que não havia ainda uma forte relação entre o *modelo parasito-vetor* e o conjunto de doenças estudadas pela chamada medicina tropical. No entanto, nota-se que com o tempo o modelo parasita-vetor fortaleceu-se chegando mesmo a definir essa especialidade, tornando-se um dos aspectos mais importantes para sua legitimação. Na edição de 1925, é possível perceber já algumas mudanças na *Introdução*, com a inclusão de alguns parágrafos sobre o processo de difusão das doenças pelo mundo e sobre a necessidade de se pesquisar mais sobre os vetores, que seriam responsáveis pela transmissão da maior parte das *doenças tropicais*. Pode-se, portanto, perceber neste texto uma certa separação mais clara entre as doenças causadas por protozoários e as doenças bacterianas, consideradas mais *universais*. Sinalizava-se a dificuldade de se alastrar as doenças tipicamente *tropicais* já que sua transmissão dependeria da fauna e do clima específico dessas *regiões*.

Ver: WORBOYS, Michael . “Germes, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: From ‘Diseases in the Tropics’ to ‘Tropical Diseases’”. In David Arnold (ed.), *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine 1500-1900*. Amsterdam / Atlanta, Rodopi, 1996, pp. 181-207; MANSON, Patrick. “The necessity of special education in tropical medicine”, *The lancet*, vol.II, 1897.pp842-845; MANSON, P. *Tropical diseases: a manual of diseases of warm climates*. London, Cassel and Company, 1903, 3, edition; MANSON-BAHR, Philip H. *Manson’s tropical diseases*. London, Cassel and Company, 1925, 8 ed.

⁷⁶ Em novo diálogo com Farley, Worboys refere-se ao texto *Bilharzia: A history of Imperial Tropical Medicine*, no qual o autor desenvolve o conceito de “*imperial tropical medicine*” (*ITM*) e discute suas ações e suas conseqüências. O esforço de Worboys é de demonstrar que a *medicina colonial* era uma iniciativa mais ampla do que a “*imperial tropical medicine*” (*ITM*), que seria marcada pela tríade “definição, imposição e não-envolvimento” e pelos chamados programas verticais, que buscavam eliminar as doenças atacando seus patógenos e vetores. Ver: WORBOYS, Michel. *The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900-1940*. In: *Osiris*, 2nd Series, Vol. 15, Nature and Empire: Science and the Colonial Enterprise (2000), pp. 207-218; FARLEY, John. *Bilharzia: A history of Imperial Tropical Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

econômico e cultural desses territórios e os culpados por esse fato seriam tanto os habitantes locais, quanto os próprios administradores imperiais. Segundo Worboys: *State medical officers, when faced with the problems of urban health, blamed both colonizers and colonized: the former had permitted uncontrolled growth without adequate infrastructure, while the latter compounded the situation due to their “ignorant” and “irrational” beliefs*⁷⁷.

Podemos dizer, portanto, que a classificação *doenças tropicais*, que Manson faz questão de declarar ser mais *conveniente* do que *acurado*, dizia respeito à grande incidência que as ditas doenças apresentavam nas chamadas *zonas tropicais* tanto por questões ambientais (temperatura, umidade ou existência de vetores transmissores) quanto por questões sociais e culturais que consideravam propícias para o alastramento da doença.

Dito isso, deve-se destacar que questões culturais, morais e raciais são fundamentais para a idéia de povos e *doenças tropicais*⁷⁸. Em geral a incidência de lepra vai ser interpretada a partir do final do século XIX como um barômetro da civilização de um povo⁷⁹.

Sendo assim, acredito que a inclusão da lepra como um problema dos *trópicos* tem implicações nos discursos médicos e políticos sobre a doença e a necessidade de seu controle. É possível perceber o esforço, na década de 1920, no Brasil, de médicos, sanitaristas e políticos para o extermínio de um *mal* visto como uma marca de atraso e inferioridade de um povo.

Além disso, como procurarei demonstrar a seguir, a incidência da lepra nos territórios coloniais teve um papel importante na construção de uma nova prática terapêutica dessa doença, através do uso de elementos da chamada *flora tropical*. Veio dos trópicos a possibilidade de tratamento dessa doença predominante nestes locais.

⁷⁷ WORBOYS, Michel. *The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900-1940*. Op. cit. p.213.

⁷⁸ ANDERSON, Warwick, "Immunities of Empire: Race, Disease, and the New Tropical Medicine, 1900-1920". *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 70, No. 1 (Spring 1996), pp. 94-118.

⁷⁹ SHELDON, Watts. "Dark hidden meanings: leprosy and lepers in the medieval West and in the tropical world under the European Imperium", *Epidemics and history. Disease, power and imperialism*. New Haven / London, Yale University Press, 1997, pp-40-83.

1.3 Para uma *doença tropical*, um tratamento dos *tropicais*

Quando a lepra foi incluída no rol das chamadas *doenças tropicais*, sua investigação desenvolvia-se num contexto de expansão do controle britânico na Índia. Na primeira metade do século XIX, a doença não era prioridade, pois não representava um grave perigo ao Império. A lepra era entendida como um problema local, já que não era epidêmica e, por isso, não havia grande interesse em estudá-la.⁸⁰

Segundo a pesquisadora Jane Buckingham, a viagem de Rudolf Virchow à Noruega foi extremamente importante para estimular os estudos sobre a doença. O pesquisador foi convidado, em 1859, pelo governo escandinavo para estudá-la na Noruega e, apesar de seu estudo não ter sido muito bem sucedido, a viagem teve grande importância para o crescimento da preocupação médica com a doença. Virchow após a viagem passou a incentivar que outros pesquisadores o ajudassem a compor uma história da lepra, estimulando a realização de inquéritos sobre a doença⁸¹.

Grande parte das respostas aos inquéritos do *Royal College Physicians*, realizados no final do século XIX, veio da Índia. Manson chega a mencionar as estatísticas referentes ao número de leprosos indianos. Segundo ele, a Índia era a única *região tropical* sobre a qual se tinha estatísticas sobre o problema, mas estas não seriam confiáveis, principalmente, por possíveis erros no diagnóstico da doença⁸².

A partir de 1860, em um momento de expansão e consolidação do poder imperial, foi dada mais atenção à lepra. Neste período, cresceu o interesse dos ingleses em achar possíveis curas para a doença, principalmente, através do uso de plantas medicinais reconhecidas e utilizadas pela população.⁸³

Foi nesse momento que as chaulmoogras indianas passam a ser exportadas para Europa e que foram desenvolvidas pesquisas sobre seu efeito terapêutico. As chaulmoogras indianas são classificadas pela botânica e passam a ser estudadas pela química, tornando-se objeto de investigação de importantes centros de pesquisa ocidentais.

⁸⁰BUCKINGHAM, Jane. *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*. Basingstoke: Palgrave, 2002.

⁸¹BUCKINGHAM, Jane. *Op.cit.*

⁸²Idem, *Ibidem*.

⁸³Idem, *Ibidem*.

Um exemplo do esforço do Império Britânico para recolher informações sobre usos de plantas medicinais pelos indianos é a *Pharmacopeia of Índia*, de Edward John Waring, publicada em 1868.⁸⁴

A leitura deste documento nos indica os caminhos para a integração de conhecimentos indianos ao conhecimento farmacológico britânico. Em seu prefácio, o autor cita a *Bengal Pharmacopeia*, farmacopéia publicada 44 anos antes em Calcutá, indicando que desde essa publicação muitos avanços tinham ocorrido no conhecimento britânico acerca das propriedades terapêuticas de drogas indígenas do Império Oriental inglês. Segundo o autor, algumas drogas já haviam sido admitidas na Farmacopéia Britânica (*British Pharmacopeia*) após testes de observações clínicas que indicaram seu valor terapêutico. Todavia, salienta que estas pesquisas, amplamente divulgadas em periódicos, são muitas vezes inacessíveis a uma grande parte dos médicos que trabalham na Índia. Sendo assim, para difundir entre estes médicos as drogas indianas já testadas na Europa e admitidas como tendo qualidades terapêuticas – podendo assim, substituir os artigos importados – e como um esforço de remodelação da *Bengal Pharmacopeia* de 1844, *Her Majesty's Secretary of State for Índia in Council* sancionou a publicação da *Pharmacopeia for Indian* baseada na *British Pharmacopeia*.

Os artigos que constituíam esta farmacopéia estavam divididos em duas classes: “*officinal*” e “*non-officinal*”. A primeira continha os artigos oficiais que já estavam incluídos na *British Pharmacopeia*, nos quais eram incluídos os produtos indígenas da Índia que já tinham sido estabelecidos como agentes medicinais. A segunda incluía uma grande quantidade de artigos que ainda não tinham sua reputação bem estabelecida como agentes medicinais, mas que mereciam atenção.

A chaulmoogra não estava na *British Pharmacopeia*, mas aparecia nessa farmacopéia como um artigo oficial⁸⁵. Essa aparecia como *Gynocardia odorata* ou *Chaulmúgra*, e, já era indicada no tratamento da lepra como também de outras doenças de pele. No apêndice do texto eram indicados alguns trabalhos sobre a terapêutica antileprótica através do uso do óleo extraído das sementes da *Gynocardia odorata*. Os trabalhos do Dr. F. Mouat, Dr. Hobson, Dr. B. N. Bose, realizados na década de 1850, eram citados como

⁸⁴ WARING, Edward John. *Pharmacopeia of India*. London: India Office, 1868.

⁸⁵ A 4ª edição da *British Pharmacopeia*, de 1898, marca a inclusão da Chaulmoogra nas farmacopéias de países ocidentais. Ver: POSSOLO, Helena. *As flacourtiáceas antilepróticas*. São Paulo, s. e., 1945.

artigos que mostram a validade do óleo no tratamento da lepra, utilizado tanto externamente, quanto internamente.

Muitos trabalhos referentes à Chaulmoogra faziam menção ao seu uso na Índia há muitos séculos para o tratamento de doenças de pele e, freqüentemente, eram narradas lendas, que faziam parte da tradição oral dos povos hindus, que seriam os primeiros relatos do uso do óleo. Inclusive o pesquisador Stellfeld, em 1940, indica que o próprio termo chaulmoogra era hindu.⁸⁶

Segundo uma das mais citadas lendas, um rei de Burmah, ficando leproso, abandonou o trono e escondeu-se na floresta, onde se curou comendo as sementes do fruto de Kalaw (nome popular para a Chaulmoogra *Taraktogenos kurzii*).⁸⁷

Outra lenda narra a história de Rama, rei da cidade indiana de Benares, que abdicou do trono em favor do seu filho por estar com lepra. Conforme a lenda, ele se isolou na floresta, passando a alimentar-se apenas de ervas e raízes, tendo, assim, comido os frutos da árvore de Kalaw, os quais curaram-no da doença. Um dia, Rama encontrou em uma caverna na floresta a princesa indiana Piya, que lá tinha sido deixada por também ter contraído lepra. Da mesma forma que se curou, Rama cura Piye com a Kalaw.⁸⁸

Com o tempo, pode-se perceber um movimento de dissociação da Chaulmoogra da rede tradicional de saberes indianos e sua articulação a uma nova rede de conhecimentos calcada nos valores ocidentais.

É interessante salientar que este afastamento da Chaulmoogra da medicina tradicional indiana – encarada como os “segredos indígenas” pelos europeus - e a sua inclusão como objeto de investigação dos centros de pesquisa ocidentais, produz uma distinção entre o uso dessa planta no passado e o seu uso moderno a partir de *aportes científicos*. Cria-se um passado bem definido para o uso desse óleo pela população, através da citação de lendas hindus, que tinham um papel de legitimação do interesse científico pela planta, mas ao mesmo tempo define-se uma barreira bem traçada entre esse antigo uso, já passado e ultrapassado, para este novo uso, presente e científico.

⁸⁶ STELLFELD, Carlos. Assuntos a discutir e a esclarecer. In: *Tribuna farmacêutica.*, vol. 8, nº 1, Jan./Dez. 1940, pp. 275/277.

⁸⁷ POSSOLO, Helena. *As flacourtiáceas antilepróticas*. São Paulo, s. e., 1945.

⁸⁸ SKINSNES, O. K. Origin of Chaulmoogra oil – Another version. In: *International Journal of Leprosy*. Washington, vol. 40, número 2, abril-junho, 1972.

Dessa forma, pode-se notar que os ingleses buscaram solucionar o problema que a lepra representava em sua colônia utilizando-se das plantas medicinais da própria região, a partir da observação das práticas de cura das populações locais. No entanto, é interessante perceber que o óleo de chaulmoogra não ficou restrito ao uso local como um substituto dos artigos importados – como ele é apresentado no *Pharmacopeia of India* anteriormente citado – mas essa *droga indiana* tornou-se um medicamento útil também para o tratamento de doentes de outras regiões que sofriam com a alta incidência da doença.

Sendo assim, foram de espécies vegetais encontradas na Índia, local de referência para estudos sobre a lepra nos territórios tropicais / coloniais, que foi retirado o óleo de chaulmoogra, visto, a partir do final do século XIX, como a possibilidade de tratamento da doença.

1.4 Da Índia para o mundo: *tradução científica* das chaulmoogras

Pode-se afirmar que as chaulmoogras passaram com sucesso em um longo processo de aceitação científica e que seu óleo não ficou restrito a um uso apenas local, mas se mundializou, tornando-se reconhecido pela comunidade médica ocidental da primeira metade do século XX como um elemento central para a prática terapêutica da lepra.⁸⁹

Dois importantes momentos no processo de *tradução científica* de um novo elemento terapêutico eram a classificação botânica e química deste. O grupo das chamadas Chaulmoogras é definido tanto por certas características químicas de seu óleo quanto por sua definição botânica.

As plantas consideradas Chaulmoogras fazem parte da família das Flacourtiáceas, são definidas como *espécies tropicais* e *angiospermas* (possuem flores e frutos) e crescem, normalmente, até a altura de um arbusto ou árvore mediana. Essas espécies são classificadas entre os seguintes gêneros: *Hydnocarpus*, *Carpotroche*, *Caloncoba*, *Oncoba*, *Lindackeria* e *Mayna*, tendo sido, esses dois últimos, pouco empregados no tratamento da lepra. O gênero *Hydnocarpus* corresponde à maior parte das espécies das chaulmoogras e inclui as que possuíam maior valor no tratamento da lepra.

Considera-se o médico inglês Frederic John Mouat - médico do Indian Medical Service e professor do Bengal Medical College - como o introdutor da Chaulmoogra na prática médica ocidental⁹⁰. Em 1854, Mouat publicou um artigo na *Indian Annals of Medical Science*, no qual ele descrevia o sucesso no tratamento, realizado no Medical College Hospital, em Calcuttá, de pacientes com lepra através do uso de um óleo bem conhecido pela população local.⁹¹ O médico afirmava que este óleo era extraído das sementes dos frutos da árvore conhecida pelos '*nativos*' como Chaulmoogra e que era utilizado pela população para o tratamento de doenças de pele.

⁸⁹ Para acompanhar a discussão desta inclusão das chaulmoogras indianas na prática terapêutica ocidental ver: SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; SOUZA, Leticia Pumar Alves de; SIANI, Antonio Carlos. "O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprotica." *Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2008.

⁹⁰ POSSOLO, Helena. 'As flacourtiaceas antiliproticas - resumo da memória laureada sob este titulo pela Academia Nacional de medicina com o premio S. Lucas, 1940.' In: Revista Brasileira de Farmácia, março de 1941, p10-13.

⁹¹ F. J. Mouat, "Notes on Native Remedies. The Chaulmoogra". *Indian Ann. Med. Sci.* 1 (1854): 646-652. Apud: PARASCANDOLA J. Chaulmoogra oil and the treatment of leprosy. *Pharmacy in History*. 2003;45(2):47-57

Além disso, sustentava no artigo que era necessária a realização de mais pesquisas para a comprovação da ação do medicamento, mas seu objetivo com a publicação da dita experiência era apenas chamar a atenção dos profissionais para o óleo. Segundo Moaut, o uso do óleo no tratamento de doenças de pele teria sido descrito pela primeira vez, em 1815, pelo cirurgião e naturalista William Roxburgh. Em seu trabalho, Roxburgh identificava as sementes de Chaulmoogra como sendo provenientes da *Gynocardia odorata* ou como ele definiu, *Chaulmoogra odorata*.⁹²

Na primeira farmacopéia da Índia, *The Bengal Dispensatory*, a Chaulmoogra foi incluída com o nome de *Gynocardia odorata*, que por muito tempo acreditou-se que era a fonte do óleo encontrado no mercado. Posteriormente, constatou-se que as sementes vendidas nos mercados hindus eram provenientes da espécie *Taraktogenos Kurzii* (*Hydnocarpus Kurzii*), que passou a ser considerada a verdadeira chaulmoogra.

Em 1901, Sir David Prain pesquisou as sementes de chaulmoogra encontradas tanto em Calcutá, quanto nos mercados de Londres e Paris, indicando que estas eram provenientes da árvore *Taraktogenos kurzii*. Frederick B. Power, diretor do *Wellcome Chemical Research Laboratories* de Londres, confirmou esse fato e realizou uma investigação química do óleo. Power e seus colaboradores analisaram quimicamente o óleo extraído dessa e de outras espécies semelhantes e isolaram dois ácidos: o *ácido chaulmoogrico* e o *ácido hynocarpico*⁹³. A presença desses dois ácidos passou a ser vista como a principal característica dos óleos considerados chaulmoogricos, já que os consideravam como o seu princípio ativo.

Observou-se, entretanto, que os óleos extraídos da espécie *Gynocardia odorata* não possuíam estes componentes. Assim, por não apresentar estas características químicas, e, conseqüentemente, por ser ineficaz no tratamento da doença, a *Gynocardia odorata* passou a ser denominada *Falso Chaulmoogra*. Pode-se perceber, então, a profunda relação entre a classificação deste grupo – as Chaulmoogras - e a utilização de seus óleos no tratamento da lepra.

Apesar das muitas incertezas que estavam relacionadas aos estudos sobre a lepra, a própria definição do bacilo *M. leprae* como agente infeccioso transforma a forma de pensar a

⁹² Parascandola J. Chaulmoogra oil and the treatment of leprosy. Op. cit.

⁹³ Idem.

doença e sua terapêutica, já que os pesquisadores passaram a buscar um medicamento que eliminasse o bacilo.

O aparecimento deste novo elemento – o *bacilo de hansen* – e suas características – bacilo *ácido / álcool resistente* – estiveram fortemente relacionadas aos caminhos percorridos pelos cientistas no desenvolvimento de preparados para o tratamento da doença. Os pesquisadores que passaram a investigar os elementos químicos formadores do óleo indicavam o *ácido chaulmoogrico e hydnocárpico* como os princípios ativos que agiam na doença devido a certas características destes ácidos, como a presença de anel ciclopentênico e por serem ácidos graxos insaturados. Uma das principais teorias a respeito da ação terapêutica do óleo indicava esses ácidos como responsáveis pela destruição da camada ácido-resistente dos bacilos, possibilitando assim, a eliminação desses pelo sistema imunológico do paciente.⁹⁴

Não apenas o desenvolvimento de um novo discurso sobre a lepra, a partir da bacteriologia, encaminha as novas pesquisas terapêuticas, mas também e, principalmente, o desenvolvimento da físico-química do período trouxe novidades para a área médica e terapêutica. O desenvolvimento de novas técnicas para a análise química, no final do século XIX, proporcionou radicais modificações na farmácia, o que possibilitou a transformação da prática terapêutica de diversas doenças.

A partir de um esforço para o aprimoramento do medicamento à base de Chaulmoogra pelos cientistas, foram desenvolvidas novas formas de utilizar o que era considerado o princípio ativo da forma mais eficiente. No início, esse medicamento foi administrado externamente, com a aplicação direta do óleo sobre as úlceras, mas a aplicação externa revelava resultados limitados no tratamento da doença. O uso interno era mal tolerado pelo organismo, pois causava vômitos, diarreia e problemas gástricos. Vemos, portanto, ao longo da primeira metade do século XX, o desenvolvimento dos ésteres e do sabão sódico e a utilização do medicamento através de injeções ou cápsulas gelatinosas.

⁹⁴ Tinham sido propostas três hipóteses sobre o mecanismo de ação: uma ação bactericida; uma influência no setor imunológico; e uma ação imunizante secundária, segundo a qual, pela sua atuação no fígado os óleos aumentariam a quantidade de lipase no sangue, que iriam destruir a capa de gordura da microbactéria, ficando essa desprotegida e mais fácil de ser atacada pelos anticorpos. (DIAS DA SILVA, Rodolpho Albino. Sapucainha (plantas medicinais de Brasil)- Transcrito da Revista Brasileira de Medicina e Farmácia de 1926. In: *Revista da Flora Medicinal*.)

Muitos preparados à base de chaulmoogra, desenvolvidos por diferentes cientistas de todo o mundo, surgiram no mercado, como os preparados de ésteres etílicos, Antileprol da Bayer, o Aleprol, o Chaumoogrol, a fórmula de Unna, o Colóide Chaumoogrico da Casa de Dausse, a Antilebrina, a Mistura de Mercado-Heiser, e a Fórmula de Rogers.⁹⁵

ANTILEBRINA

Medicação anti-leprotica à base do milenar específico
OLEO DE CHAULMOOGRA

Componentes	%	Por ampola	
		2 cc.	5 cc.
Estéres de Oleo de Craulmoogra . . .	80	1,60	4,00
Cicloformio	0,5	0,10	0,25
Canfora	0,5	0,10	0,25
Tímol	0,2	0,004	0,010
Vitamina "D" cristalizada: (40 milhões U. I. por grama)	0,001	8.000	20.000
Oleo concentr. em Vitamina "A": (500.000 U. I. por grama)	0,2	2.000	5.000
Oleo de Amendoim purificado	q. s. p.	2 cc.	5 cc.

A "Antilebrina" é a medicação recomendada pelos especialistas do mal de Hansen

INSTITUTO CIENTIFICO SÃO JORGE S. A.

SEDE — RIO DE JANEIRO — RUA SENADOR DANTAS, 41

AGÊNCIAS

BELO HORIZONTE R. da Bahia, 321	SÃO PAULO Rua Aurora, 271	PORTO ALEGRE Av. 10 Novembro, 289
------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

É SEMPRE PREJUDICIAL

preferir "SIMILARES" ao legítimo

PROTARGOL "BAYER"

Verdadeiros "similares" não existem, pois todos os proteínatos de prata são meras IMITAÇÕES que não se podem comparar com o producto "Bayer" valiosíssimo no seu effeito therapeutico.

Receitem sempre Protargol "Bayer".



ANTILEPROL "BAYER"

ether ethylico de oleo de chaulmoogra purificado

INJECCÕES LIQUIDO PEROLAS

Tratamento racional da lepra.

reço comodo,

Propaganda dos preparados chaulmoogricos: Antilebrina e Antileprol.
(ARAÚJO, Marcelo Grossi. '1925-2005 Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase'. In: *An. Bras. Dermatologia*, 2005; 80(2):199-202.)

⁹⁵ ARAÚJO, H. C. S. *Tratamento moderno da lepra*. Trabalho apresentado à VIII Conferencia Sanitária Pan-americana, reunida em Lima, Peru, em outubro de 1927, e lido na Academia Nacional de Medicina, de Buenos Aires, em 22-12-1927. Rio de Janeiro: IOC, 1928.

É possível perceber a transformação do óleo de chaulmoogra, de um produto vegetal utilizado pela população indiana, em um medicamento produzido nos laboratórios farmacêuticos ocidentais.

O uso externo do óleo – como foi inicialmente administrado - passa a ser um coadjuvante na terapêutica chaulmoogrica, pois era através do uso interno, tanto pela ingestão de cápsulas de sais sódicos do óleo, quanto pelas injeções de ésteres, que os médicos acreditavam que os princípios ativos agiam no combate ao bacilo causador da doença. Procurava-se obter não apenas a melhora clínica do doente, mas também a eliminação do agente patogênico, comprovada através do resultado negativo no teste bacteriológico.

Apesar da desconfiança de alguns pesquisadores e médicos em relação à ação do óleo, percebe-se que muitos cientistas estiveram mobilizados em atividades relacionadas a essa terapêutica. Pode-se dizer que o óleo de chaulmoogra representou, na primeira metade do século XX, a grande esperança para a tentativa de cura dos pacientes com lepra.

Um exemplo disso pode ser visto na edição de 1925 do manual *Tropical Diseases*⁹⁶, anteriormente citado, no qual a chaulmoogra aparece em destaque na terapêutica da lepra. No prefácio desta edição, o então responsável pela publicação Philip H. Manson-Bahr, explica que o texto, apesar de edificado pelos ensinamentos de Manson, foi drasticamente revisado devido aos progressos alcançados nessa especialidade da medicina.

Pode-se perceber que parte do texto em que Manson mostrava sua incerteza em relação à possibilidade de cura pelo óleo de chaulmoogra e sua longa lista de pesquisas com outros métodos terapêuticos foram retiradas. Nessa edição, o foco é a terapêutica a base do óleo de chaulmoogra, sendo enfatizada a utilização dos ésteres etílicos dos ácidos do óleo. Foram incluídas muitas pesquisas sobre os preparados à base de chaulmoogra e novas formas de utilizá-los.

Na seção *Profilaxia* são listadas as mesmas necessidades para o isolamento do doente e as mesmas dificuldades para a realização dessa medida que aparecem no texto de 1903. No entanto, o exemplo dado como modelo de isolamento não é a Noruega, mas as Filipinas, em especial, o isolamento dos doentes no Culion Island Leper Colony, colônia organizada e

⁹⁶ MANSON-BAHR, Philip H. *Manson's tropical diseases*. London, Cassel and Company, 1925, 8 ed. Esse exemplar pertenceu a Carlos Chagas e nesta edição já está presente uma seção sobre a doença que leva seu nome.

dirigida pelo médico americano Victor Heiser e na qual se realizavam, naquele momento, diversas experiências vistas como originais e promissoras relativas à terapêutica da lepra e sua possibilidade de cura. O texto passa, então, uma maior esperança na possibilidade de se usar a Chaulmoogra como medicamento para o tratamento da lepra.

Esse otimismo acerca das possibilidades terapêuticas da Chaulmoogra estimulou um processo de aclimação dessas espécies em diversos locais e de classificação de novas, encontradas nas ditas *regiões tropicais*, como ocorreu no Brasil. O que procurarei fazer nos próximos capítulos é uma reflexão sobre como os médicos brasileiros apropriaram-se dessas imagens e discursos sobre a natureza tropical, seus perigos (doenças tropicais) e maravilhas (recursos naturais), quando defendiam o controle da lepra no Brasil.

Partindo, portanto, da compreensão do óleo de chaulmoogra como *conhecimento científico traduzido* e incorporado à prática terapêutica da lepra, capaz de influenciar as medidas profiláticas, busco, a seguir, discutir seus efeitos nos discursos e ações sobre o problema da lepra no Brasil. Neste sentido, Souza Araújo⁹⁷, em 1920, afirmava:

Os progressos incessantes da therapeutica scientifica são motivo de justa alegria para nós, que podemos hoje em publico declarar que já existe um remedio que cura o desgraçado leproso e que o Governo lançará mão desse remedio em beneficio de todos os pobres morpheticos que se sujeitarem ás sábias e patrioticas medidas hygienico-therapeuticas que vão sendo postas em pratica.⁹⁸

Mais quais são esses progressos e essas medidas *hygienico-therapeuticas* que Souza Araujo afirma que estavam sendo postas em prática no Brasil? E quais pesquisas estavam sendo realizadas no contexto nacional para a validação dessas medidas?

⁹⁷ Heráclides César de Souza-Araujo (1886-1962) foi chefe do laboratório de leprologia do Instituto Oswaldo Cruz durante o período de 1927 a 1956. Publicou obras de referência para o estudo da história da lepra no Brasil como: *A História da Lepra no Brasil* (Volume I, II, III) e *A Lepra em 40 Países*. O arquivo pessoal desse cientista encontra-se Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz e reúne grande quantidade de trabalhos sobre a lepra e seu tratamento.

⁹⁸ ARAUJO, H. C. de Souza. “A lepra no passado e no presente. Sua prophylaxia e therapeutica.” In: *Archivos Paranaenses de Medicina*. 1920, p.217-234. p.234.

CAPÍTULO 2

A LEPROSA NO BRASIL: DEFINIÇÕES E MEDIDAS PARA O SEU CONTROLE

2.1A lepra como *endemia nacional*

Como demonstrei anteriormente, a definição da lepra como doença infecto-contagiosa causada por um agente patológico específico, o *Mycobacterium leprae*, ocorreu em um momento em que ela estava sendo vista como um problema dos territórios coloniais, ou seja, um obstáculo aos interesses imperiais nesses locais. No entanto, não podemos esquecer que esta doença também foi encarada como um empecilho ao processo modernizador de nações independentes como o Brasil.

Algumas das ditas *doenças tropicais* vão ser encaradas no contexto nacional como *endemias nacionais / endemias rurais* e o seu controle vai ser indicado como uma “*missão de patriotismo*” dos médicos responsáveis pela “*redempção sanitária de nosso vasto território*”, sendo necessária a definição de ações e medidas que estivessem mais de acordo com a realidade do país.⁹⁹

Durante a leitura de artigos e conferências de nossos médicos e cientistas pode-se identificar muitos dos argumentos presentes nos discursos de médicos estrangeiros sobre os trópicos e suas doenças.¹⁰⁰ Isto fica claro no final do discurso de Carlos Chagas na aula

⁹⁹ Sobre a re-configuração das *doenças tropicais* como *endemias nacionais / endemias rurais* ver: KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Tese de doutorado. Orientador: André Luiz Vieira de Campos. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, 2006.

¹⁰⁰ Sandra Caponi faz uma interessante comparação do programa de pesquisa referente às doenças tropicais do Brasil e da Argentina. Enquanto na Argentina, os cientistas desconsideraram as doenças ditas *tropicais*, reduzindo seus problemas sanitários àqueles que podiam ser pensados a partir da microbiologia e da higiene clássica, no Brasil, os cientistas apropriaram-se de um novo programa de pesquisa, que integrava a bacteriologia, a parasitologia e a preocupação com os vetores. Ver: CAPONI, Sandra. Trópicos, micróbios e vetores. In: MARTINS, L. A.; MARTINS, L.A.C.P.; SILVA, C.C.; FERREIRA, J.M.H.(eds) *Filosofia e história da ciências no Cone Sul: 3º encontro*. Campinas:AFHIC, 2004, 429-437.; _____. “Trópicos, micróbios y vectores”, *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 9, 2002 (suplemento), pp. 111-38.

inaugural da Cadeira de Medicina Tropical, em 1926, na qual ele valoriza o seu papel como cientista e médico inserido em uma determinada tradição de pesquisa e, conseqüentemente, em uma comunidade científica internacional, para a transformação da sociedade brasileira.

Nas palavras do pesquisador:

Meus senhores: as realizações praticas da hygiene e da medicina tropicaes vieram destruir o velho preconceito de uma fatalidade climática, que se traduzia na inadaptação das raças originarias dos paizes frios e temperados ás regiões mais quentes da terra.

O método scientifico vae dominando a doença nos trópicos, e assim desaparecem as restricções geographicas á vida sadia e á actividade humana, e desse modo se dilatam os domínios da civilização e do trabalho produtivo.

Nada restringe agora a expansão dos povos essas regiões fertilíssimas da terra, porque o acerto do methodo prophylatico, baseado no determinismo do contagio infeccioso, torna a vida possível sob todas as latitudes e protege o homem contra a doença em quaesquer condições climaticas.

Vivemos, Srs. Estudantes, num paiz de clima tropical e inter-tropical, e é por isso que os destinos de nossa Terra, a sua grandeza e a felicidade de sua gente, não prescindem dos beneficios de vossa acção profissional, que se vae exercitar nesse vasto territorio sem limites, para povoal-o e enriquecel-o.¹⁰¹

No que diz respeito ao *problema da lepra*, Souza Araújo, em artigo sobre o seu combate nas Filipinas, fazia a seguinte afirmação:

Como todo o paiz é quente e humido, e como a lepra alli é mais freqüente do que em muitos outros, não podemos fugir á conclusão de que taes condições são optimas para a maior virulência da infecção leprotica. O baixo Amazonas se compara ás Philipinas tanto quanto ao clima como quanto á maior expansão da leprose.¹⁰²

Em artigo de 1927, o mesmo pesquisador afirmava que as “*condições econômicas e mentais*” do povo e a situação econômica e financeira do governo deveriam determinar o método de isolamento a ser empregado em cada região. Em seguida, declarava:

A incidencia da lepra é maior nos trópicos primeiro por causa do clima, segundo porque o povo vive em constante exposição ao contagio (a

¹⁰¹ CHAGAS, Carlos. Aula inaugural do Prof. Carlos Chagas da Cadeira de Medicina Tropical (14 de setembro de 1926). In Chagas, C. *Discursos e Conferências*, Rio de Janeiro. p. 137-166, 1935. P.166.

¹⁰² ARAUJO, H. C. de Souza. ‘O combate á lepra no Hawaii e nas Philipinas’. In: Boletim da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e defesa contra a lepra, janeiro de 1930, p.9 -12. P.11.

vida promiscua, a insuficiência de vestimenta e ausência do calçado, etc., são factores favorecedores da infecção). Nas regiões frias as condições geraes de hygiene e os hábitos são a maior proctecção contra a expansao do mal.¹⁰³

Essa referência a países de clima quente e frio e às diferenças na educação e hábitos do povo, são recorrentes nos trabalhos de nossos médicos e pesquisadores, em uma clara alusão aos estudos estrangeiros sobre as ditas *doenças tropicais*, entretanto, o que nos interessa é perceber as soluções que são propostas para diminuir estas diferenças entre os “*países cultos*” e o Brasil. Em 1930, o mesmo médico insiste na necessidade do governo brasileiro mostrar que estava empenhado na luta contra a lepra, em um discurso no qual sustenta certa diferença entre as zonas do “*vasto território*” nacional. Nas palavras do médico e pesquisador:

São Paulo é citado com grande exagero, nos paizes europeus de emigração, como foco endêmicos de medonhos flagellos. Ainda em Setembro de 1926 tive de rebater, na Itália, a uma propaganda organizada contra os nossos creditos sanitarios.

Não estou, porém, com aquelles que procuram levantar nosso credito negando factos já do conhecimento de todos. Não podemos encobrir que o nosso paiz seja foco endemico da malaria, da encylostomose, da lepra... mas devemos provar scientificamente que apenas zonas limitadas do nosso vasto território são “perigosos” focos desses males, e que os nossos Governos estão fazendo ou planejando uma campanha decisiva contra elles.¹⁰⁴

Em resposta à visão pejorativa que os europeus tinham do país, a comunidade médica distanciava-se destes “perigosos focos” e procurava comprovar que a ciência e o governo nacional tinham o domínio do problema.¹⁰⁵ Dessa forma, ao mesmo tempo em que a comunidade médica busca tornar visível a questão da lepra como um problema nacional,

¹⁰³ SOUZA ARAUJO, H. C. ‘O problema da lepra: necessidade de uma cooperação internacional.’ In: *Sciencia Medica*, anoV, n 3, , pp154-158. 1927,p.155. (grifos meus)

¹⁰⁴ ARAUJO, H. C. de Souza. “Como se combate a lepra m São Paulo”. In: *Boletim da Sociedade de Assistencia aos Lazaros e Defesa contra a lepra*. 1930.p22. (grifos meus)

¹⁰⁵ Em artigo de 1927, Souza Araujo era mais enfático e provocativo: *O governo Epitácio bem podia ter applicado os 50.000 contos da fracassada exposição internacional na construção de 10 grandes leprosários em Commemoração ao Centenario da nossa Independencia, devia ter comunicado ao mundo que todos os leprosos do Brasil estavam abrigados!* Ver: ARAUJO, H. C. de Souza. ‘O problema da lepra – como resolve-lo no Brasil’. In: *Sciencia Medica*, março de 1927, p.191-197.p. 194.

dos seus, é possível perceber certos discursos criadores de alteridade entre grupos e regiões diferentes no que constituía o Estado Nacional brasileiro.

Como Diana Obregón argumenta, em seus estudos sobre o problema da lepra na Colômbia, os próprios cientistas latino-americanos foram responsáveis pela construção da imagem, hoje em dia muito criticada, de que os centros metropolitanos eram a fonte das tradições científicas.¹⁰⁶ A comunidade científica em consolidação nesse país, buscava aproximar-se dos ditos centros, distanciando-se de outros grupos nacionais, a partir da valorização do caráter “universal” do conhecimento médico-científico – fundamentado na bacteriologia -, transformando problemas locais em questões universais.¹⁰⁷ Para ela, tanto os interesses, quanto os saberes dos próprios pacientes não estiveram presentes nas campanhas de combate à doença na Colômbia.¹⁰⁸

Pode-se dizer que o binômio *local x universal* foi muitas vezes utilizado nos discursos de nossos médicos quando defendiam campanhas de controle de doenças como a lepra. Apesar dos médicos brasileiros ansiarem pela validação de seu programa nacional pela comunidade internacional e estarem inseridos nos debates, congressos e conferências científicas sobre a lepra, buscavam indicar as soluções para o problema que estivessem mais de acordo com a realidade brasileira. Além disso, colocavam-se em uma posição especial para a investigação, já que o objeto sobre o qual pesquisavam era um problema *local/nacional*.¹⁰⁹

Desde a década de 1910, os leprólogos brasileiros procuraram demonstrar o perigo que a lepra representava ao país, conferindo-lhe uma maior visibilidade. Este esforço de

¹⁰⁶ TORRES, Diana Obregón. “Building national medicine: leprosy and power in Colombia, 1870-1910”, *Social History of Medicine*, 15 (1), pp89-108. p89-90.

¹⁰⁷ TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colômbia*. Banco de la República – Fondo Editorial Universidad EAFIT, Medellín, 2002. Pp. 422.

¹⁰⁸ TORRES, Diana Obregón. “debates sobre la lepra: medicos e pacientes interpretan lo universal y lo local”. In: *Culturas científicas y sabers locales: asimilación, hibridación, Resistencia*. Colombia, Universidad Nacional de Colombia., s.d.

¹⁰⁹ Em seu estudo sobre a sífilis, Carrara analisa o que ele chama de *estratégias anticoloniais* dos cientistas brasileiros, a partir do conceito de *double bind*. Segundo o autor: ‘... para transformarem a identidade nacional e sua posição subalterna no cenário internacional, tinham que se opor a certas idéias e teorias produzidas pelas elites metropolitanas, das quais, entretanto, não podiam discordar, pois delas emanava em larga medida seu prestígio’. Ver: CARRARA, Sergio. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. In: Hochman, Gilberto; Armus, Diego. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004. p.427-453, p.431.;_____. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 1996, vol.3, n.3, pp. 391-408.

definição da doença como uma “*endemia nacional*” ocorreu em um momento no qual um grande movimento de reformas dos serviços sanitários brasileiros definia o saneamento rural como a grande bandeira de luta dos médicos.¹¹⁰

A chamada “descoberta dos sertões” indicava a necessidade da presença do Estado no interior do país, principalmente, combatendo as doenças que assolavam esta região, para que fosse possível modernizar e desenvolver o Brasil.¹¹¹ Sanear os sertões era civilizar a nação aos olhos da elite brasileira e dos países estrangeiros.

Apesar das limitações impostas pelo regime republicano e pela Constituição de Federal de 1891 quanto a realizações de ações em âmbito nacional, o *movimento sanitaria* na década de 1910, demandava uma ação efetiva do governo da União no campo da saúde pública em todo o país¹¹². A urgência na realização de campanhas nacionais que pudessem livrar a nação de seus terríveis males, em geral associados ao período colonial, pode ser sentida na leitura dos artigos e discursos de muitos de nossos médicos e administradores públicos e influenciou as reformas sanitárias do período.¹¹³

Em 1920, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), responsável pela centralização das ações na área de saúde, em resposta às demandas do movimento sanitaria. O objetivo da criação do órgão era intensificar e expandir a intervenção do Estado nos assuntos de saúde pública. Carlos Chagas ocupou a direção do órgão,

¹¹⁰ COSTA, Dilma Cabral da ‘*Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*’. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2007. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História. Orientador: André Luiz Vieira Campos; CUNHA, Vívian da Silva. *O isolamento Compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz, 2005 (Dissertação de Mestrado/ Orientador: Gilberto Hochman); MACIEL, Laurinda Rosa. “*Em proveito dos sãos, perde o lázaro a sua liberdade*”: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2007. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História. Orientador: André Luiz Vieira Campos.

¹¹¹ LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitaria da Primeira República. In: *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

¹¹² Sobre o movimento sanitaria ver: SANTOS, Luis Antônio Castro. “O Pensamento sanitaria na Primeira República: uma Ideologia da construção da nacionalidade.” *Dados, Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, vol.28, pp. 1903-210, 1985; LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitaria da Primeira República. In: *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996; HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998;

¹¹³ Nísia e Hochman analisam as referências às doenças como atraso e efeito do período colonial que aparecem também nos estudos sociológicos do período. Ver: LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. “Pouca saúde e muita saúva: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais”. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (org.) *Cuidar, controlar, curar – ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. p. 493-533.

elaborando o regulamento sanitário de 1920.¹¹⁴ É neste contexto que a lepra é definida como uma questão central para a saúde pública pela comunidade médica do período e pelo Estado brasileiro, tornando-se responsabilidade da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas.¹¹⁵

A incidência de leprosos no país era apresentada, através de estatísticas consideradas exageradas e alarmantes, como um empecilho ao projeto de nação moderna que a elite brasileira se propunha a construir. Sendo assim, o combate à lepra representava com clareza a missão civilizatória e sanitária da elite médica e política brasileira do período, já que, como foi dito anteriormente, esta enfermidade, no final do século XIX, passa a ser vista como uma patologia dos *trópicos*, ou seja, dos territórios coloniais e atrasados. No entanto, esta definição não é consensual e em muitos textos vemos a preocupação dos médicos em reforçar que a lepra era *doença cosmopolita*.

Ingleses, franceses e americanos produziam conhecimentos sobre a lepra na condição de doença de outro povo e, portanto, as medidas que esses países encaminhavam em suas colônias ou territórios sob o seu domínio para o controle da doença dizia respeito a essa situação particular.

As pesquisas realizadas aqui e as campanhas levadas a cabo no contexto nacional indicavam como os médicos apropriavam-se dos conhecimentos e dos esquemas teóricos europeus ou norte-americanos e como lhe conferiam novos significados, quando produziam, em contextos sócio-institucionais específicos, soluções originais para o enfrentamento do problema que estava sendo encarado como nacional.

Assim, como Obregón demonstrou em seu estudo sobre a medicalização da lepra na Colômbia, vemos, no Brasil, que a comunidade médica vai ter que lidar com uma doença *dos seus* e vai procurar significados e soluções nacionais para esse problema.

Um exemplo disto, é a procura por uma explicação da origem da endemia de lepra no país, um debate freqüente nos artigos científicos do período. A partir da leitura de viajantes estrangeiros, acreditava-se que os índios, primeiros habitantes do território, não sofriam com a doença e que essa teria sido trazida pelos colonizadores. O debate girava em torno do papel desempenhado pelos europeus, principalmente, portugueses, e pelos

¹¹⁴ HOCHMAN, Gilberto. *Op. cit.*;

¹¹⁵ COSTA, Dilma Cabral da *Op. Cit.* CUNHA, Vívian da Silva. *Op. Cit.*

escravos africanos na disseminação da lepra na região. Dessa forma, definia-se a lepra como uma doença estrangeira e como mais um dos males nacionais decorrentes do período colonial. Combatê-la significaria, então, não apenas demonstrar a possibilidade de *civilização nos trópicos* com o saneamento do país, mas denotaria também a superação do passado colonial e suas “*nefastas*” conseqüências ao futuro do Brasil. Como afirma Dilma Cabral:

Neste esforço de reflexão, os médicos brasileiros concluem que, longe de constituir um caráter distintivo do meio físico ou de nosso povo, a lepra fora trazida pelo colonizador, viera da Europa e disseminara-se graças à escravidão, sendo um produto do empreendimento colonial.¹¹⁶

Essa interpretação da origem da doença e de sua disseminação é muito curiosa, pois subverte os discursos dos europeus sobre ela:

...se no final do século XIX, no cenário sanitário mundial, aos trópicos havia sido imputada a responsabilidade pelo ressurgimento da lepra, no discurso do médico brasileiro [Fernando Terra] caberia aos colonizadores europeus a culpa por sua endemicidade quando da descoberta do Novo Mundo.¹¹⁷

Além disso, alguns médicos consideravam também que o rápido crescimento do número de doentes com lepra no Brasil, no início do século XX, devia-se as altas levas de imigrantes, definindo-se a doença, também como um problema do *Outro*, o imigrante¹¹⁸.

A própria idéia de doença tropical e nacional era objeto de críticas no momento, como pode ser visto nos trabalhos do médico Afrânio Peixoto¹¹⁹, professor da Faculdade de

¹¹⁶ COSTA, Dilma Cabral da *Op. Cit.*.p. 218.

¹¹⁷ Idem, *ibidem*.p. 215

¹¹⁸ Idem, *ibidem*. Sérgio Carrara demonstra também essa preocupação dos sifilógrafos em definir a origem da sífilis, encarando-a sempre como a doença do *outro*. Ver: CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

¹¹⁹ Júlio Afrânio Peixoto (1876-1947) foi professor titular da cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, desde 1916. Em 1910, foi eleito para a Academia Brasileira de Letras, da qual foi presidente em 1923. (ver: <http://www.academia.org.br/imortais/cads/7/peixoto.htm> / acesso em 18 de maio de 2009.)

medicina do Rio de Janeiro, e em sua polêmica com Carlos Chagas.¹²⁰ Para Peixoto, não haveria doenças tropicais, mas apenas doenças evitáveis, assim, a medicina deveria evitar as doenças e não remediá-las. Em seu livro “*Noções de higiene*”, o médico faz a seguinte provocação:

As doenças nos países frios foram sempre consideradas independentes do clima; não se lhes sabia a causa, mas outras eram as suposições dos patologistas. Para os países quentes, porém, o critério é diverso; sem mais exame, o clima é apontado causa maior(...). Este conceito é tão arraigado que, para a mesma doença, o procedimento europeu é diferente, segundo se trata da Europa ou de outra parte infectada. As noções de profilaxia do cólera, por exemplo, não são as mesmas nas Índias ou na Grã-bretanha. Os ingleses na sua ilha defendem-se vitoriosamente das epidemia exóticas: nas suas colônias pactuam pacientemente com elas. É que estão convencidos, como bons europeus que são, de que a cólera é asiática.

Demonstração prática destas afirmações é a política sanitária internacional seguida até agora por eles. Todas as suas providencias, todas as suas precauções, todas as suas conferencias, redundaram em crear cordões sanitários, quarentenas, lazaretos, desinfecções, na Europa, contra as procedências infectadas das próprias colônias. (...) E enquanto difamam as regiões tropicais, divulgando-lhes a relativa insalubridade, numa triste inércia, vão consentindo nessa mesma insalubridade.¹²¹

Podemos ver neste trecho uma crítica à forma de intervenção dos europeus nos problemas sanitários de suas colônias e as conseqüências na forma de lidar com a saúde da população, quando partimos do pressuposto que uma doença está relacionada a uma certa região, a um certo povo ou raça. Sobre o Brasil, Peixoto conclui:

...ainda estamos longe de purgar tudo o que nos legaram. O mal, porém, não pode ser vencido só pelos técnicos da medicina e da higiene: é maior, e dará todas as soluções que a felicidade do Brasil carece. Para citar um exemplo simbólico: a luta contra a ancilostomose. Que importam os trabalhos da Comissão Rockefeller, dos governos, dos Estados, da Profilaxia Rural, dando quenopódio, timol ou naftol-beta, aos opilados, tratado-os, e lhes restituindo a saúde?... Como não lhes podem dar e não dao, educação, instrução, hábitos higienicos, calçados e privadas... a

¹²⁰ Sobre debate entre Peixoto e Carlos Chagas Ver: KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Op. Cit.; STEPAN, Nancy Leys. *Picturing tropical nature*. Reaktion books, 2001.

¹²¹ PEIXOTO, Afranio. *Noções de Higiene*. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1925.p.155-6. (grifos meus)

reinfeccao é fatal, e começa no dia seguinte, assim efêmera e mal lograda. Estão carregando água em peneira...¹²²

O médico além de apontar a condição de ex-colônia como origem desses *males nacionais*, faz uma crítica contundente a comunidade médica e sua forma de intervenção nos problemas sanitários brasileiros. Peixoto procurava enfatizar a importância da educação para a solução dos problemas sanitários nacionais, demonstrando a inutilidade dos medicamentos modernos e científicos, quando não eram dados à população melhores condições de vida e higiene. Demandava, portanto, que a comunidade brasileira não lidasse de uma forma imperialista – *inerte e consentida* – com as doenças que acometiam o seu povo, mas que enfrentasse os principais problemas do país: a pobreza e a falta de “*cultura*” de grande parte da população.

Encontrei poucas referências ao problema da lepra nos textos deste médico - nos quais era apenas enfatizada a necessidade de isolamento dos doentes como medida profilática -, entretanto, sua provocação levanta interessantes questões para análise.

No que concerne, especificamente, ao problema da lepra, o que podemos considerar como duas chaves interpretativas opostas, mas complementares, sobre a relação entre sociedade e doença, ou seja, a noção de que *doenças causam pobreza* ou que a *pobreza causa doenças*, estão presentes, dando novos contornos aos já controversos temas com os quais se debruçavam os médicos especializados no assunto.

A lepra, considerada como uma doença relacionada à pobreza, insalubridade e costumes não-civilizados, vai ser indicada como uma das causas do atraso do país, um dos obstáculos à modernização, o que demandava medidas urgente de controle. No entanto, apesar dos médicos enfatizarem que a Ciência nacional tinha meios de combatê-la, a situação econômica e cultural da população vai ser encarada, em geral, como um entrave às medidas consideradas *mais modernas e científicas* de combate à doença.

Como procurarei mostrar mais adiante, pode-se notar que o isolamento dos doentes no país, não era recomendado apenas como uma estratégia de proteção da sociedade sadia, mas tinha como pressuposto a possibilidade de “*civilizar*” essa população, dentro de um

¹²² PEIXOTO, Afranio. *Clima e saúde: introdução biogeográfica à civilização brasileira*. 2. Ed. São Paulo, Ed. Nacional (Brasília, v. 129), 1975, p. 141.

regime rigoroso e autoritário, onde práticas higiênicas, exercícios físicos e boa alimentação eram tidos, junto com as práticas terapêuticas, como elementos essenciais para o tratamento e bem estar dos doentes.

O que eu gostaria de salientar aqui é que, ao analisarmos as definições sobre a doença e as estratégias de intervenção que estavam sendo propostas, estamos refletindo também a maneira pela qual foi encarado pela elite do período, o povo brasileiro, sua história, e seu futuro, diante dessa “*tropical nationality*” que lhe era imposta pelos discursos estrangeiros¹²³.

Apropriando-se ou não da terminologia “doenças tropicais”, os médicos do período tinham que lidar com este “constructo” e seus significados. Tanto a sua recusa quanto aceitação faziam parte de um mesmo campo discursivo, pois que a *questão* já estava dada. A necessidade de dizer *nós não somos estes trópicos* já nos denota a força dessas imagens e argumentos. Utilizo mais uma vez as palavras de Afrânio Peixoto:

(...) Diz-me a consciência que lhe defendi o clima e a saúde, provando que são possíveis, se o homem sabe adptar-se a ele, e esquecer os prejuízos, de toda a parte, e até nossos, sobre climatologia e salubridade.

Sobre outra idéia insisto, como a primeira, porque é fundamental. O Brasil é o único país grande, de civilização ocidental, situado nos trópicos... Portanto, não comparável a nenhum dos ditos “países cultos”, temperados e frios. Com Índia e Egito não se quereria parecer...

Tem, pois, direito a pensar e de achar soluções suas, para os próprios problemas: soluções brasileiras, para problemas brasileiros. É hoje o único país “colonial”, ou de matérias primas, que não tem metrópole, a protege-lo: tem, portanto, dever de cuidar de si, procurando as soluções econômicas próprias, para os particulares interesses brasileiros.”¹²⁴

É sobre estas soluções brasileiras, para problemas brasileiros que falarei a seguir, já que diante do debate da comunidade internacional sobre a lepra, os médicos brasileiros procuravam indicar as ações e medidas para o combate à doença que consideravam mais de acordo com a realidade social, cultural, econômica e política do país.

¹²³ STEPAN, Nancy Leys. *Picturing tropical nature*. Reaktion books, 2001. p. 183.

¹²⁴ PEIXOTO, Afranio. *Clima e saúde: introdução biogeográfica à civilização brasileira*. Op. Cit. Prefácio.

2.2 A Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e a *moderna profilaxia da lepra*

Sobre o problema da lepra, Oswaldo Cruz escrevia no jornal *O Imparcial* de três de julho de 1913:

A lepra entre nós está a merecer cuidados especiais... A falta de prophylaxia especifica não é razão bastante para que fiquemos á moda dos mussulmanos (sic): braços cruzados deante do flagello que, aos poucos, se expande e se alastra. O que é positivo é que a moléstia se transmite. O como não sabemos. Mas o leproso é, ao menos, um dos depósitos do vírus. Isto está provado. Dahi a necessidade de isolal-o da comunidade.¹²⁵

No novo Regulamento Sanitário, de 1904, a lepra já tinha sido incluída como doença de notificação obrigatória por Oswaldo Cruz. Neste artigo de 1913, ele cobrava ações mais enérgicas do governo diante do problema que *a filha mais velha da morte* representava ao país. Essas palavras foram, posteriormente, citadas em muitas conferências e trabalhos de médicos, que buscavam dar visibilidade ao problema da lepra. Recorriam ao *sábio mestre Dr. Oswaldo Cruz* para conferir credibilidade aos seus apelos para uma maior participação do Estado na solução deste problema. Apenas em 1920 com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, a lepra aparece como objeto de políticas públicas e a profilaxia defendida por Cruz, o isolamento, vai ser uma das questões centrais nos debates do período sobre assunto.¹²⁶

¹²⁵ CRUZ, Oswaldo. 'Uma questão de higiene social'. In: *O imparcial*, Rio de Janeiro, no 211, 3 de julho de 1913. Apud: ARAUJO, H. C. de Souza. "A lepra no passado e no presente. Sua prophylaxia e therapeutica." In: *Archivos Paranaenses de Medicina*. 1920, p.217-234. P. 227.

¹²⁶ Antes da criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas já tinha sido organizada a Comissão de Profilaxia da Lepra (1915-1919), proposta por Belmiro Valverde, diretor do Hospital dos Lázaros e Juliano Moreira, na qual participaram membros de todas as sociedades médicas do Rio de Janeiro. Participaram dessa comissão: Emílio Gomes, Alfredo Porto e Henrique Autran, Eduardo Rabello, Werneck Machado, Guedes de Mello, Fernando Terra, Juliano Moreira, Adolpho Lutz, Sampaio Vianna, Oscar da Silva Araújo, Oscar D'Utra e Silva, Paulo Silva Araújo, Henrique de Baurepaire Rouan Aragão, Belmiro Valverde e Carlos Pinto Seidl (diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, escolhido como presidente da Comissão). O grupo apontava a lepra como um dos verdadeiros *males do país*, e por essa razão, indicava que seu controle devia ser uma prioridade. Organizaram-se em grupos de trabalhos de diferentes temáticas, que resultaram em relatórios finais da dita Comissão. É interessante destacar que Eduardo Rabello e Oscar da Silva Araujo ficaram responsáveis pelo tema *lepra e domicílio*, mostrando-se desconfiados em relação a essa medida profilática, entretanto, no regulamento sanitário da Inspetoria, realizado por Eduardo Rabello na década de 1920, constava o isolamento domiciliar como medida profilática, o que foi um dos motivos das muitas críticas que recebeu. Nota-se também que a lepra vai aparecer como temática no Primeiro Congresso Médico

As medidas isolacionistas realizadas pela comunidade médica e pelos administradores públicos para o controle da doença vêm sendo objeto de estudo dos historiadores.

Uma referência para o estudo do assunto é a tese de Yara Monteiro sobre o modelo profilático paulista, na qual a autora analisa a prática de exclusão dos doentes com lepra encaminhada pelo estado de São Paulo. A autora argumenta que apesar da existência de partidários de “*posturas mais avançadas e humanitárias*” em relação ao problema da lepra, tanto na comunidade internacional, quanto nacional, prevaleceu no período a aplicação de duras medidas isolacionistas.¹²⁷

Em sua dissertação, Vívian da Silva Cunha também se debruça sobre esta temática. Cunha procura analisar a “*tradição isolacionista*”, levando em consideração o processo de consolidação de um aparato estatal capaz de promovê-lo, demonstrando que no período de 1920 a 1941 o isolamento compulsório foi a principal política adotada pelo poder público brasileiro para combater a lepra. Conforme a autora, a instituição de tal política só foi possível por estar amparada em uma teoria científica que a legitimava e em um contexto de maior controle estatal sobre os assuntos nacionais.¹²⁸

Outra recente contribuição a temática é a tese de Laurinda Maciel, na qual a autora analisa as políticas públicas de combate à lepra no Brasil, em um período posterior, de 1941 (momento de criação do Serviço Nacional da Lepra) a 1962 (início do processo de abandono do isolamento como prática profilática oficial). A criação do SNL ocorreu durante a reorganização dos serviços de saúde empreendida por Gustavo Capanema (1934-1945) e procurava uniformizar as ações de controle da doença em modelo conhecido como *tripé*, já que estava amparado em três instituições: os leprosários (locais de isolamento e tratamento), os dispensários (locais de exames periódicos de comunicantes e de descoberta de novos casos) e os preventórios (locais aonde abrigava-se os filhos sadios dos doentes com lepra).¹²⁹

Paulista, em 1916, e no VIII Congresso Médico Brasileiro, em 1918, o que demonstra a preocupação com o problema da lepra e de seu controle pelo Estado antes da criação da Inspetoria, em 1920. Ver: COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Op. Cit.*; CUNHA, Vívian da Silva. *Op. Cit.*; MACIEL, Laurinda Rosa. *Op.cit.*

¹²⁷ MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social, São Paulo: USP, 1995.

¹²⁸ CUNHA, Vívian da Silva. *Op. Cit.*

¹²⁹ MACIEL, Laurinda Rosa. *Op. Cit.*

A reflexão que me proponho a fazer parte, principalmente, das questões desenvolvidas por Diana Obregón Torres e Dilma Cabral.¹³⁰

Em seu livro “*Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*”, Torres encara o isolamento compulsório na Colômbia como uma atitude colonialista / imperialista dos médicos e governantes colombianos diante dos doentes com lepra durante um processo de medicalização da doença e de consolidação da comunidade médica deste país.¹³¹ Fica claro que o isolamento do doente de lepra realizado nesse país transformou-se ao longo do tempo e não foi decorrência natural do conhecimento científico da época sobre a etiologia e transmissibilidade da doença e da inexistência de um medicamento eficaz para sua cura, mas foi moldado a partir de combates, controvérsias, consensos científicos e políticos durante momentos históricos específicos.

Dilma Cabral, em sua tese “*Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1897-1934)*”, procura analisar o processo de singularização da lepra como entidade patológica, desde o final do século XIX, e as respostas institucionais que o Estado brasileiro produziu para o seu controle. Para a autora, a inclusão do controle da lepra na agenda sanitária brasileira na década de 1920, com a criação da Inspeção de Profilaxia da lepra e das doenças Venéreas, marcou também o estabelecimento de um campo de disputas entre os leprólogos, no qual estava em jogo o modelo profilático que seria adotado pelo Estado.¹³²

Partindo de suas observações, procuro pensar o papel que a terapêutica assumia nessa discussão. Meu interesse, portanto, não é avaliar as políticas públicas isolacionistas de combate à lepra, mas sim, refletir sobre a tentativa de validação da prática terapêutica como um aspecto importante no controle da doença, antes mesmo do desenvolvimento dos medicamentos sintéticos na década de 1940. Acredito que a ênfase neste outro aspecto da campanha abre espaço para a reflexão sobre as controvérsias e disputas do período e para a

¹³⁰ TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*. Banco de la República – Fondo Editorial Universidad EAFIT, Medellín, 2002; TORRES, Diana Obregón. “Building national medicine: leprosy and power in Colombia, 1870-1910”, *Social History of Medicine*, 15 (1), pp89-108.;TORRES, Diana Obregón. “debates sobre la lepra: medicos e pacientes interpretan lo universal y lo local”. In: *Culturas científicas y sabers locales: asimilación, hibridación, Resistencia*. Colombia, Universidad Nacional de Colombia., s.d; COSTA, Dilma Cabral da ‘*Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*’.Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2007. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História. Orientador: André Luiz Vieira Campos.

¹³¹ TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*. Op.cit.

¹³² COSTA, Dilma Cabral da *Op.cit.*

percepção que as medidas de controle da lepra encaminhadas por médicos e administradores públicos, no Brasil, não foram escolhas “naturais” diante de certo conhecimento científico acumulado até aquele momento, mas foram o resultado de escolhas de grupos, métodos, teorias e formas de intervenção na realidade nacional.¹³³

Em janeiro de 1926, Eduardo Rabello¹³⁴, então, inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, publicava um artigo na *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*, no qual descrevia as ações que vinham sendo realizadas por sua Inspetoria. O médico enfatizava o grande avanço que a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e, por conseguinte, a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, trazia para o combate a essas doenças, antes ignoradas pelo poder público.¹³⁵

O sistema adotado para a profilaxia da lepra consistia na notificação obrigatória dos casos e no isolamento nosocomial, de preferência em colônias agrícolas, ou o isolamento domiciliar, respeitando-se certos requisitos e limitando-se a alguns casos que obtivessem a permissão da autoridade sanitária.

O médico relatava as dificuldades financeiras para as construções de leprosários em diversos pontos do país, mas citava algumas das instituições que já estavam sendo criadas em parcerias com os Estados mais afetados pela doença. Enquanto a execução deste programa de construção não era finalizada, o inspetor afirmava que era realizado um censo

¹³³ Além dos textos que foram aqui mencionados, outros autores debruçaram-se sobre a história da lepra no Brasil, enfatizando diferentes aspectos e períodos. Ver: BRAGA, Andréa Baptista Freitas. “O que tem de ser tem força”: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955). (Orientadora: Dra Ângela de Araújo Porto), Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz, 2006; ANDRADE, Márcio Magalhães de. *O Princípio do Mal: a ameaça leprosa no Rio de Janeiro colonial*. (Orientador: Dr. Jaime Benchimol) Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005; SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. *Entidades Filantrópicas & Políticas Públicas no Combate à Lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945)*. (Orientador: Dr. Jaime Benchimol) Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006; LIMA, Zilda Maria Menezes. *O grande ‘polvo de mil tentáculos’: A lepra em Fortaleza (1920/1942)*. Orientador: Dr. Manoel Luiz Lima Salgado Guimarães. Doutorado em História Social, UFRJ, IFCS, 2007.

¹³⁴ Eduardo Rabello (1876-1940) foi professor da cadeira de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi fundador da Sociedade Brasileira de Dermatologia, em 1912, e presidiu essa sociedade, entre 1925 e 1940. Foi eleito para membro titular da Academia Nacional de Medicina, em 1917. Antigo colega de Carlos Chagas no Instituto Oswaldo Cruz, Eduardo Rabello recebe, em 1920, a incumbência de dirigir a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doença Venéreas do DNSP e de elaborar a primeira legislação brasileira sobre essas doenças. Foi também presidente do Centro Internacional de Leprologia do Rio de Janeiro, na década de 1930. Seu filho, Francisco Eduardo Rabello (1941-1976), tornou-se também um reconhecido médico dermatologista no país.

(Ver: <http://www.sbrad.hpg.ig.com.br/fundador.htm> / acesso em 18 de maio de 2009.)

¹³⁵ RABELLO, Eduardo. ‘Prophylaxia da lepra e das Doenças Venereas no Brasil’. In: *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*. Ano II, no 1, Janeiro de 1926, p.1-8

dos doentes em todo o país, mantinham-se sob vigilância sanitária domiciliar os casos novos e era oferecido o tratamento ambulatorial dos doentes com os ésteres etílicos do óleo de chaulmoogra nos dispensários. Segundo o especialista, de 1921 até aquela data, o Departamento já tinha fornecido 144.288 empolas de ésteres etílicos do óleo de chaulmoogra para o tratamento dos doentes com lepra. Outro aspecto da campanha era a educação sanitária da população:

Em relação á prophylaxia das doenças venéreas de um modo geral, póde-se dizer que acção administrativa tem por base uma grande campanha de educação hygienica e de propaganda, afim de fazer comprehender ao publico os perigos da infecção e a sua importância individual e social, afim de lhe facilitar os meios de evitar esta infecção, e também mostrar aos doentes como podem diminuir os perigos da infecção pelo tratamento que lhe será fornecido nos dispensários e nos hospitaes e, pela cura das lesões contagiantes, fazer desaparecer promptamente outros focos de contagio.¹³⁶

No entanto, a atividade da Inspetoria vai ser alvo de duras críticas nas quais podemos ver as controvérsias que a temática da profilaxia da lepra levantava.

Um exemplo disso é a conferência “*O problema da lepra no Brasil*”, realizada na Academia Nacional de Medicina, em 1926, onde Belisário Penna¹³⁷ faz uma provocativa observação:

A lepra Sr presidente, não é doença dos países civilizados, nem dos selvagens. Entre os selvagens não há lepra. Ella é característica e symbolica dos paizes em estado de semi-civilização. Ora, o Brasil, tem a pretensão (sic) de ser um paiz civilisado (sic) e grita todo o dia, e faz barulho na Liga das Nações. Precisa, portanto, mostrar que o é de facto.

¹³⁶ RABELLO, Eduardo. ‘Prophylaxia da lepra e das Doenças Venereas no Brasil’. In: Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia. Ano II, no 1, Janeiro de 1926, p.1-8.p.4. (grifos meus)

¹³⁷ Belisario Penna (1868-1939), conhecido sanitaria brasileiro, foi autor do livro *O Saneamento do Brasil*. Em 1918, foi nomeado para dirigir o Serviço de Profilaxia Rural e, entre 1920 e 1922, foi diretor de saneamento do Departamento Nacional de Saúde Pública.
Ver: http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/belisario_penna.htm / acesso em 18 de maio de 2009.

Realmente, o Brasil esta se revelando um paiz de semi-civilização, com esta formidável mancha ahi patente.¹³⁸

A fala de Penna, na qual nos deparamos com argumentos semelhantes aos encontrados no manual “*Tropical Diseases*” de Patrick Manson, foi o início de um curioso debate entre este médico, Oscar da Silva Araujo¹³⁹ e Eduardo Rabello. Os dois últimos acusavam Belisário Penna de utilizar estatísticas não confiáveis para definir o número de pacientes com lepra no Brasil e enfatizavam que a Inspetoria referente ao problema, dirigida naquele momento por Oscar da Silva Araujo, já encaminhava uma campanha de combate a lepra no país, a partir dos conhecimentos mais modernos e internacionalmente aceitos sobre o assunto.

A questão primordial em debate referia-se ao isolamento dos doentes, que para Belisário Penna devia ser compulsório e realizado em grandes municípios. Para os outros dois médicos esta proposta era um “*retrogradação a praticas já abandonadas*”¹⁴⁰ e defendiam o que diziam ser medidas mais atuais e realmente possíveis, nas quais figuravam o isolamento domiciliar, rejeitado por Belisário Penna.

Ao longo das conferências o termo “*civilização*” é acionado inúmeras vezes como forma dos médicos defenderem seus pontos de vista e as medidas de combate à doença que apresentavam à Academia Nacional de Medicina.

Rabello em certa passagem do texto pergunta a Belisário Penna qual nação nos tempos modernos tinha conseguido exterminar a doença pela segregação absoluta. Em resposta, Penna afirma que as nações de condições de civilização que realizaram essas rígidas providências estavam naquele momento isentas de lepra.

¹³⁸PENNA, Belisário, ‘O problema da lepra no Brasil’ Boletim da Academia nacional de Medicina, ano98, n 9, 1926,PP. 211-223. Apud: SOUZA ARAÚJO, *A História da Lepra no Brasil – Período republicano*. Vol.3. 1956; p.417.(grifos meus)

¹³⁹ Oscar da Silva Araujo substituiu Eduardo Rabello na direção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, em 1926, permanecendo no cargo até a extinção do órgão, em 1934. Foi também chefe da Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

¹⁴⁰ ARAULO, Oscar da Silva. E RABELLO, E. ‘Informes do inspector de Profilaxia da lepra’. Resposta à comunicação de Belisário Penna. Boletim da Academia nacional de Medicina, 1926. p263-291. Apud: SOUZA ARAÚJO, *A História da Lepra no Brasil – Período republicano*. Vol.3. 1956, p.422.

Em seguida, Rabello inverte a equação, opondo *coerção à civilização*:

Mas qual é civilização que V. Ex. exige para a obtenção desses resultados? Nos tempos modernos só o emprego da polícia, como nas Philipinas, para cercar o doente, caçal-o e internal-o no leprosário?! Isso seria o contrario, seria preciso que não houvesse civilização (sic), que aliás muita coisa consegue pela persuasão.¹⁴¹

Durante sua conferência, Rabello tem a preocupação em demonstrar a atualidade das leis brasileiras referentes à lepra, comparando-as às leis dos “*países cultos*”. Além disso, reafirma a todo o momento que a ciência moderna tinha meios para combater a doença com mais eficiência do que tinha sido feito, por exemplo, na Idade Média. É possível perceber que o médico procura sublinhar em sua fala a importância que a terapêutica vinha assumindo nas medidas de controle da lepra.

Em diferentes momentos, Rabello buscou defender as regras definidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública para a profilaxia da lepra. Argumentava que, anteriormente, leis drásticas tratavam de extinguir o leproso, com grande desumanidade, entretanto, naquele momento, a ciência tratava de auxiliar, curar e proteger o paciente, para, no fim, extinguir a doença. Referia-se, então, aos métodos mais brandos que foram postos em prática em diversos locais, como a Noruega, e que eram defendidos nas conferências internacionais sobre o assunto.¹⁴²

Conforme Rabello, a Conferência de Strasburgo, de 1923, da qual ele foi um dos relatores das conclusões finais, trouxe a questão do tratamento para o campo da profilaxia e prescreveu regras de humanidade e assistência aos leproso. Nas leis brasileiras de 1923 já constavam essas medidas, o que indicava que o DNSP e a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas estavam de acordo com os mais recentes foros internacionais sobre o assunto. O médico defendia, portanto, a importância das conquistas modernas no terreno da epidemiologia e terapêutica, principalmente, com a queda do dogma da incurabilidade.¹⁴³

¹⁴¹ ARAULO, Oscar da Silva. E RABELLO, E. Op. cit. p.432.

¹⁴² ‘A phase de ouro de uma campanha’. In: Boletim da Federação das Sociedades de Assistência aos Lazáros e Defesa contra a Lepra. São Paulo, ano 1, no 8, 30 novembro de 1929. p 5-15.

¹⁴³ Idem, ibidem.

A fala de Rabello espelhava um momento de grande otimismo da comunidade científica internacional no que dizia respeito aos novos derivados do óleo e suas técnicas de administração. Acreditava-se que esses *progressos na terapia* pudessem trazer também modificações na forma de encaminhar as medidas profiláticas. Neste sentido, J. Ramos e Silva afirmava:

Além dos resultados directos obtidos pelos modernos tratamentos, podem ser ainda levados ao seu activo as conseqüências prophylacticas e sociaes que delles decorrem, pois não só os doentes procuram os hospitaes em vez de, como outrora, delles se arreceiarem, como tambem surge talvez a possibilidade de, pelo tratamento em ambulatórios especiais, tornar desnecessária até certo ponto a rigorosa segregação até aqui proposta como unico meio de dominar a temida doença. É esta pelo menos a opinião de diversos autores.”¹⁴⁴

Segundo o mesmo pesquisador, Leonard Wood, governador americano das Filipinas, em discurso no qual defendia a ampliação da pesquisa científica sobre a lepra teria afirmado “*The present day is one of hope for the leper*”.¹⁴⁵ Essa frase representa bem o clima de otimismo que pode-se perceber nos trabalhos de especialistas do período, no que diz respeito a possibilidade de uma ação, como muitos consideravam, *mais moderna e científica* frente à lepra.

A década de 1920 foi marcada por novidades no controle da doença. Experiências realizadas no Havaí, Filipinas e Índia, com medidas chamadas por alguns de *profilaxia terapêutica* ou *moderna profilaxia*, indicavam novos modelos para as campanhas nacionais / locais em relação à doença¹⁴⁶. Com os novos conhecimentos sobre os tipos clínicos da lepra e sua evolução – principalmente a definição de casos abertos (infectantes) e de casos fechados de lepra (não-infectantes) -, com o desenvolvimento de pesquisas químicas sobre o óleo, o que possibilitou a produção de preparados vistos como mais eficazes, e com a realização de pesquisas em laboratório que demonstravam a ação dos derivados do óleo de chaulmoogra *in vitro*, o que vinha confirmar a observação clínica, a prática terapêutica da

¹⁴⁴ SILVA, J. Ramos e. ‘A chimiotherapia da lepra; seu estado actual’, 1926:2(1),17-28.p.27. (grifos meus)

¹⁴⁵ WOOD, Leonard. *Progress in fighting Leprosy at Cullion*. World’s Work, December, 1925, pag.144. Apud: SILVA, J. Ramos e. ‘A chimiotherapia da lepra; seu estado actual’, 1926:2(1),17-28.

¹⁴⁶ Entendia-se por *profilaxia terapêutica* a possibilidade de eliminação do foco de contágio com o tratamento pelo óleo de chaulmoogra e seus derivados. Ver nota 22, página 11.

lepra assumia um novo papel no combate à doença, podendo trazer soluções aos impasses criados pela perspectiva isolacionista.

Em 1931, Eduardo Rabello proferiu uma conferência na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, publicada no mesmo ano no *Brasil-Médico*, na qual buscava detalhar suas opiniões sobre o que seriam estas novas orientações para a profilaxia da lepra, defendendo-se das críticas que lhe tinham sido feitas, ali mesmo naquele jornal, quando ainda era o Inspetor do órgão responsável pelo combate a esta doença.¹⁴⁷

Conforme o médico, Ribas¹⁴⁸ teria sido o primeiro a romper com a tradição medieval que embasava muitos dos discursos sobre a doença, sustentado que *o sentimento humanitária deveria, mesmo para maior eficiencia das medidas propostas, casar-se, inteiramente, com os postulados então defendidos pelos mais competentes higienistas.*¹⁴⁹

Em seguida, apresenta seu objetivo com a dita conferência:

Sem ser um Ribas, sem ter sua competência e auctoridade, é todavia hoje meu intento, trazendo á consideração essas aquisições modernas e fazendo sobressair o pensamento dos leprologos paulistas, lembrar ainda uma vez como se poderá estabelecer a prevenção da lepra sobre bases ainda mais humanas e ao mesmo tempo muito mais efficientes.

Si no interesse da prophylaxia, a indiferença pelo perigo do contagio é tudo quanto de peor póde haver, tambem a exaggerada apreensao e, sobretudo, o panico não deixarão margem á reflexão, para que bem se possam pôr em jogo todas as medidas aconselhadas, na plenitude de sua eficiencia.¹⁵⁰

Rabello afirmava que tinha total compreensão da gravidade do problema que a doença representava, mas que tendo como suporte as modernas aquisições no terreno da epidemiologia e do tratamento era possível prescindir de medidas coercitivas em prol de uma ação mais humana e, no limite, mais eficiente. Para tanto:

¹⁴⁷ Sobre as críticas do *Brasil-Médico* ao regulamento sanitário de 1920 e a atuação da Inspetoria ver: COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Op. Cit.* p. 295 -332; Profilaxia da lepra. In: *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 34, n 33, 24 de julho, de 1920.

¹⁴⁸ Emilio Ribas (1862-1925) foi diretor do Hospital Guapira. Organizou o primeiro plano de profilaxia de lepra em São Paulo. Foi também diretor do Serviço sanitário do mesmo estado. Segundo Yara Monteiro, foi partidário do isolamento humanitário. Ver: MONTEIRO, Yara Nogueira. *Op. Cit.*; ALMEIDA, Marta de. *República dos invisíveis. Emílio Ribas, microbiologia e saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

¹⁴⁹ RABELLO, Eduardo. 'Considerações sobre a prophylaxia da lepra em São Paulo'. In: *Brasil- Medico*, ano XLV, N17, 25 DE ABRIL DE 1931. P 371.

¹⁵⁰ RABELLO, Eduardo. *Op. Cit.*. P 371. (grifos meus)

... é preciso abandonar o conceito medieval da extrema contagiosidade da lepra e de sua incurabilidade e fazermos, nesse sentido, a revisão de nossos conhecimentos, uma vez que as medidas de segregação à outrance de todos os doentes, sem outras medidas complementares, se basearam naquelles postulados que a sciencia de hoje não mais acredita.¹⁵¹

Apoiava-se em trabalhos de pesquisadores estrangeiros de renome com o intuito de sustentar que era possível comparar a lepra à tuberculose. Podia-se, então, retirar desta analogia algumas conclusões práticas que auxiliariam a profilaxia da lepra, já que, segundo ele, *'nos permittem approximar, cada vez mais a prophylaxia da lepra dos methodos empregados para a tuberculose.'*¹⁵²

O ponto fundamental que o médico buscava reforçar dizia respeito ao grau de contagiosidade da lepra que, de acordo com a observação e a estatística, demonstrava-se ser baixa. Defendia que a doença era pouco contagiosa e o seu contágio operava-se, em geral, mediante um contato íntimo e prolongado com o doente. Além disso, assim como ocorria com a tuberculose, o número de contaminação entre esposos era pouco elevado, o que poderia ser explicado pelo fato dos adultos serem mais resistentes à infecção e pela possibilidade de criação de uma imunidade nos organismos de pessoas expostas constantemente à infecção. Outra comparação com a tuberculose referia-se à constatação de que a convivência com o doente nas primeiras décadas de vida favorecia a infecção, que podia, entretanto, ficar latente, aparecendo os sintomas da doença anos depois.

Com base nesses dados, duas conclusões podiam ser deliberadas e, segundo Rabello, deviam influenciar as ações profiláticas: como 80% dos novos casos eram de indivíduos próximos aos leprosos, fazia-se necessário o controle dos comunicantes; e com a comprovação da maior suscetibilidade das crianças à lepra, era premente o afastamento da criança de seus pais, focos da infecção, logo após o nascimento.

Além disso, o especialista assegurava que:

A curabilidade da lepra é outra noção que nos vem dar meios de suavisar(sic) a campanha contra a doença que, de uma vez seja dito, deve

¹⁵¹ Idem, ibIdem (grifos meus)

¹⁵² Idem, ibIdem. P 372.

ser sempre uma campanha contra a lepra e nunca contra o leproso. Passou o tempo em que o dogma da incurabilidade da lepra era artigo de fé; agora, com os progressos nesse terreno obtidos nos últimos dez annos, si não temos um medicamento, ou melhor, um methodo de tratamento que cure a doença em qualquer phase de sua evolução, é certo que já o podemos conseguir nos casos em começo, em mais de 50% delles, e ainda promover a cura clinica e tornar não bacilíferos uma proporção muito grande de outros casos, o que tem assignalada importância prophylactica, pela diminuição de focos de contágio.¹⁵³

Mesmo sem a cura definitiva de todos os pacientes, o pesquisador afirmava que a possibilidade de tornar os pacientes não-infecciosos tinha, por si só, uma grande importância profilática. Facilitando o tratamento dos doentes incipientes, eliminavam-se os focos de contágio, o que representava uma medida mais eficaz para a profilaxia da doença, ou seja, *um correctivo aos inconvenientes da segregação*.¹⁵⁴

Com o intuito de reforçar seus argumentos, Rabello buscava dar exemplo de outros locais nos quais estas medidas estavam sendo tomadas, como nas Filipinas, no Havái e na Índia. Conforme o médico, a primeira idéia de dispensário para o tratamento dos doentes teria vindo da Índia, onde o grande número de doentes impossibilitava o isolamento. Lá os doentes eram tratados indistintamente, já que nenhuma outra providência podia ser empregada devido aos limites impostos pelas condições locais. No entanto, para ele, esta medida radical não era indicada ao caso brasileiro, que felizmente não se assemelhava à situação que se encontrava naquela região.

O médico explicava que nem todo leproso oferecia o mesmo risco de contágio, que variava de acordo com a fase da evolução da doença ou sua forma clínica. Sendo assim, o tratamento profilático devia ser diferente para cada grupo de casos: alguns deveriam ser isolados, outros submetidos ao tratamento nos dispensários e outros deveriam ficar apenas em vigilância. Rabello cita Herbert Windsor Wade (1886-1968), chefe da seção de patologia do Culion Leper Colony (Filipinas), que afirmava: *“Suprimir toda a segregação seria tão perigoso como não admitir senão ella, exclusivamente....Graças ao tratamento reforça-se a segregação”*.¹⁵⁵

¹⁵³ RABELLO, Eduardo. ‘Considerações sobre a prophylaxia da lepra em São Paulo’. In: Brasil- Medico, ano XLV, N17, 25 DE ABRIL DE 1931. P 372. (grifos meus)

¹⁵⁴ RABELLO, Eduardo. Op. cit. P 373.

¹⁵⁵ RABELLO, Eduardo. ‘Considerações sobre a prophylaxia da lepra em São Paulo’. In: Brasil- Medico, ano XLV, N17, 25 DE ABRIL DE 1931. P 374.

Em seguida, Rabello discorre sobre um caso muito conhecido e referenciado no período como a comprovação da eficácia do isolamento dos doentes para o controle da doença, o caso da Noruega. Afastando-se de uma explicação simplificada desta experiência nacional de controle da lepra, o médico cita médicos noruegueses que estiveram envolvidos nessa campanha para afirmar que a doença começou a diminuir apenas com a aplicação de simples regras de higiene, antes mesmo da realização do isolamento dos doentes¹⁵⁶. No entanto, como pode ser visto nos discursos de muitos dos nossos médicos, Rabello afirma que as condições locais do Brasil seriam um obstáculo à tentativa de imitação das medidas realizadas pelos noruegueses no contexto nacional:

O caso da Noruega deve ser sempre classicamente citado como o de um país que conseguiu erradicar a doença sem medidas de compulsão exagerada. É evidente porém que o caso do Brasil ou do simples Estado de São Paulo, com extensão territorial muito maior, maior disseminação dos casos, ao lado de condições diferentes quanto à educação higienica, não é o mesmo que o da Noruega.¹⁵⁷

Apresenta ainda um caso oposto ao da Noruega, a segregação forçada ocorrida nas Filipinas. Logo após a dominação do arquipélago, observou-se a grande incidência de leproso na região, o que teria motivado o estabelecimento de uma colônia para leproso em uma ilha para a segregação compulsória de todos os doentes. Segundo o médico, de 1906 a 1921, os doentes foram segregados, entretanto, não se observou um declínio considerável no surgimento de novos casos. Diante do fracasso do plano e das conquistas que Muir e Rogers obtinham na Índia com o tratamento dos doentes com os derivados chaulmoogricos, teria sido adotado, em 1925, um plano misto, *the dual plan*, baseado tanto no isolamento, quanto no tratamento. Rabello concluía a conferência, sustentando que era um programa orientado nestas bases que ele propunha para o Brasil e para São Paulo. No entanto, sustentava:

¹⁵⁶ Defende-se que grande parte do sucesso da Noruega na eliminação da lepra deveu-se ao trabalho educativo realizado por comitês de saúde. Sobre diferenças no modelo havaiano e norueguês de isolamento ver: COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da Op. Cit.; TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colômbia*. Op. cit.

¹⁵⁷ RABELLO, Eduardo. 'Considerações sobre a prophylaxia da lepra em São Paulo'. Op. cit. P 374. (grifos meus)

Para o desenvolvimento desse programa, entretanto, é preciso que se opere uma modificação no modo de encarar o contágio da lepra e que nesse assumpto se estabeleça um equilíbrio, de modo a abolir a indiferença de um lado e a apreensão excessiva de outro. Só assim poderá haver a necessária serenidade para se encarar o problema dentro das regras que a sciencia estatue, e, nellas baseados, levarmos a bom termo essa campanha, do maior interesse sanitário e social.¹⁵⁸

O que vemos nestas frases é o reconhecimento da existência de diferentes interpretações sobre a lepra que perpassavam os discursos de especialistas, de administradores públicos ou da população em geral. O texto de Rabello procurava denunciar o que ele chamava de *antigos dogmas e conceitos medievais* que fundamentavam muitos dos apelos para a realização de campanhas nacionais contra a doença, já que esses, em invés de possibilitarem as ações, impediam a realização de medidas baseadas nas mais recentes pesquisas e experiências. Essa preocupação pode ser observada em conferências, artigos e trabalhos de outros cientistas que estavam envolvidos também na solução desse problema de saúde pública.

É interessante perceber o quanto a lepra era um tema ambíguo, multifacetado, apropriado de diferentes formas pelos mais diversos discursos. Não pretendo desenvolver aqui estas muitas facetas que a lepra assumia nos diferentes registros, nos quais por ventura aparecesse como temática, como na literatura, na administração pública, na comunidade médica em geral ou no grupo de médicos especialistas no assunto, os leprólogos e dermatologistas, já que esse investimento fugiria muito da proposta da dissertação.

No entanto, é fundamental que tenhamos a percepção da existência de uma diferença bastante significativa nas afirmativas feitas sobre a lepra por especialistas do assunto ou por outros membros da sociedade em geral, o que trazia conseqüências para a realização das campanhas de controle da doença no país. Se por um lado, ao tornar visível seu objeto de estudo, os leprólogos e dermatologistas do período conseguiram captar recursos e apoio governamental para o desenvolvimento de pesquisas sobre a doença e de

¹⁵⁸ RABELLO, Eduardo. Op. Cit. P 375. (grifos meus)

campanhas para o seu controle, a *retórica do exagero*, e a conseqüente, criação, nos termos de Lutz, de um estado de *leprofobia*, dificultavam o sucesso das campanhas.¹⁵⁹

Assim como Eduardo Rabello, Theophilo Almeida no artigo '*O papel da educação sanitaria na prophylaxia da lepra*', sustentava que em invés de medo e pavor era necessária a difusão dos conhecimentos sobre as doenças infecciosas e a forma de evitá-las¹⁶⁰. O autor apontava que era fundamental investir na educação sanitária da população para *rehabilitarmos esse réprobo social, que tem sido o infeliz leproso, através de tantos séculos*.¹⁶¹ Segundo ele, apesar do medo exacerbado da lepra, que já na Bíblia era expressa como mal repugnante e terrível, a medicina já possuía conhecimentos suficiente para a sua definição como *doença conhecida e evitável*, e que, portanto, poderia se enquadrar perfeitamente dentro das possibilidades da educação sanitária.

No entanto, sublinhava que o preconceito e a falta de conhecimento sobre a questão não estava apenas nas camadas baixas do povo, tornando-se necessário não apenas a difusão desses novos conhecimentos à população em geral, mas, primeiramente, aos que seriam responsáveis pela realização da campanha de controle da doença. Nas suas palavras:

Assim, pois, como em qualquer campanha sanitária que se empreende, nos trabalhos da prophylaxia da lepra cumpre começar por uma propaganda preparativa, visando a própria classe medica e profissões

¹⁵⁹ Diana Obregón, em seu livro sobre a lepra na Colômbia, define como *retórica do exagero* a estratégia dos médicos colombianos para medicalizar a doença e torná-la assunto de prioridade do Estado colombiano, exagerando nos números e na gravidade da doença no país. É interessante perceber que no debate com Penna, anteriormente mencionado, Rabello adverte para os perigos dos números exagerados e sem fundamento estatísticos apresentados pelo sanitarista, aludindo ao caso da Colômbia. Segundo ele, antes do recenseamento oficial naquele país, as estatísticas particulares eram alarmantes, entretanto, naquele momento, os médicos colombianos lutavam para desfazer o estigma causado pelo exagero: “...e o maior empenho dos bons compatriotas colombianos é hoje desfazer a reputação que por tanto tempo pezou sobre a sua pátria de ser talvez o paiz onde o índice endêmico da lepra era o mais elevado do mundo.”. Ver: ARAULO, Oscar da Silva. E RABELLO, E. 'Informes do inspector de Profilaxia da lepra'. Resposta à comunicação de Belisário Penna. Boletim da Academia nacional de Medicina, 1926. p263-291. Apud: SOUZA ARAÚJO, A *História da Lepra no Brasil – Período republicano*. Vol.3. 1956,P.419.

Em artigo publicado, primeiramente, em 1898, Adolpho Lutz utiliza o termo leprofobia, em comparação ao termo sífilofobia, para discutir o grande pavor que essa doença causava na população. E, concluía: “Por isso eu considero um ato de humanidade combater todas essas afirmações não provadas e exageradas, tendentes a espalhar a leprofobia, que não trazem benefício algum real e que muitas vezes conduzem a opiniões e medidas inteiramente indignas de um século adiantado.” Ver: LUTZ, A. 'Leprofobia' In: BENCHIMOL, J. SÁ, Magali Romero (org.). Hanseníase/ leprosy. (*Adolpho Lutz: Obra Completa*, v.1, livro 2) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp467-469, p.469.

¹⁶⁰ ALMEIDA, Theophilo. “O papel da educação sanitaria na prophylaxia da lepra”. In: *Archivos de Higiene*, v1, n1, 1927.

¹⁶¹ ALMEIDA, Theophilo. Op. cit. p. 177.

afins, os homens do governo e as classes mais cultas, para que facilitem e ao mesmo tempo dêem os recursos, e se compenetrem das medidas a pôr em pratica.

Esta primeira parte da educação e propaganda sanitaria na lepra deve ser uma campanha moderada, inteligentemente feita, sem exaggeros, com dados positivos em que se exponha em seus justos termos o problema da lepra no paiz ou em uma determinada região.¹⁶²

Para Almeida, a educação sanitária da população devia basear-se, como na profilaxia da tuberculose e sífilis, em dois pontos: educação do doente para que este não disseminasse sua doença e procurasse tratamento, seguindo todas as medidas determinadas pela legislação sanitária; e a instrução da população sadia para que esta soubesse evitar a doença. Para tanto, era necessária a divulgação que a lepra era doença contagiosa e não hereditária, que a lei brasileira permitia, em alguns casos, o isolamento domiciliar, e que já existiam tratamentos de comprovada eficácia que podiam promover a cura clínica dos doentes.

Apesar da existência de alguns consensos nos discursos dos especialistas, pode-se perceber que muitos pontos sobre a doença, como sua transmissão, o real poder de cura dos derivados de chaulmoogra e a melhor forma de encaminhar a campanha de combate à doença, respeitando as condições específicas do país, estavam em aberto e eram objetos de divergências.

A atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, levada a cabo por Eduardo Rabello e, posteriormente, por Oscar da Silva Araujo, esteve marcada por uma orientação mais liberal, na qual o isolamento nosocomial do leproso não era a única e principal medida adotada. O programa de combate à doença baseava-se na crença da possibilidade de cura da lepra e de sua baixa contagiosidade, ao enfatizar o papel fundamental dos dispensários como locais de controle e tratamento dos doentes e comunicantes, a partir da utilização dos derivados do óleo de chaulmoogra.¹⁶³

¹⁶² ALMEIDA, Thephilo. “O papel da educação sanitaria na prophylaxia da lepra”. In: *Archivos de Hygiene*, v1, n1, 1927, p. 177. (grifos meus)

¹⁶³ COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2007. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História. Capítulo 5.

No entanto, essa orientação vai sofrer graves críticas, levando a extinção da Inspetoria em 1934 e uma mudança na forma de lidar com a lepra e com as doenças venéreas no país. É possível perceber um movimento de intensificação e recrudescimento das ações, com a adoção de medidas mais enérgicas para a solução desses problemas de saúde pública antes a cargo da Inspetoria.

Como demonstrou Sérgio Carrara em seu estudo sobre a sífilis, as críticas realizadas à atuação da Inspetoria enfatizavam os limites do modelo “liberal” encaminhado por esse órgão em um país que faltava instrução e cultura à população. No caso da sífilis defendia-se que a chamada *profilaxia individual*, que focava a educação sanitária e o tratamento ambulatorial dos doentes, teria fracassado, o que tornava necessário, segundo alguns médicos, radicalizar a *luta antivenérea*, com leis mais severas, como a instituição do delito de contágio, o exame pré-nupcial, a notificação e o tratamento obrigatório e o isolamento.¹⁶⁴

No que se refere à lepra, Dilma Cabral afirma que a Revolução de 1930 levou à administração pública defensores de outro paradigma profilático e que essa nova orientação estava pautada no isolamento mais coercitivo e na construção de uma ampla rede asilar no país. Sendo assim, os dispensários deixam de ser o foco das políticas públicas de controle da lepra e o isolamento dos doentes passa a ser visto como medida principal.¹⁶⁵

Meu interesse aqui não é analisar essas políticas públicas e suas transformações, mas indicar que essas medidas não foram resultado de conhecimentos “incompletos” e tratamentos ineficazes do momento, mas estavam relacionadas a forma de encarar as doenças infecciosas, especificamente a lepra, e seu combate no Brasil.

O “*problema da lepra*” no Brasil não representava apenas a existência de doente com lepra no território nacional, mas as “*condições atrasadas*” em que viviam parte da

¹⁶⁴ CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

¹⁶⁵ Essa nova orientação baseava-se no modelo profilático paulista (realizado de forma independente pelo Estado de São Paulo desde a década de 1920), mais rígido e coercitivo, e passa a conduzir as políticas nacionais de controle da doença. Segundo Laurinda Maciel, a criação do Serviço Nacional da Lepra ocorreu durante a reorganização dos serviços de saúde empreendida por Gustavo Capanema (1934-1945) e tinha o objetivo de uniformizar as ações de controle da doença em todo o país, através da adoção de um modelo conhecido como *tripé*, já que estava amparado em três instituições: os leprosários, os dispensários e os preventórios. ver: COSTA, Dilma . *Op. Cit.*; MONTEIRO, Yara Monteiro. *Op. Cit.*; MACIEL, Laurinda Rosa. *Op. Cit.*; BRAGA, Andréa Baptista Freitas. “O que tem de ser tem força”: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955). *Op. Cit.*

população. Apesar do conhecimento de que a lepra era *cosmopolita* e atingia ambos os sexos, todas as classes sociais e todas as profissões, estudos demonstravam que os que mais sofriam com a doença eram os grupos menos favorecidos. As condições sociais da população eram vistas tanto como as causas da disseminação da lepra, quanto como obstáculos às campanhas contra ela.

Assim, uma das dificuldades encontradas era o analfabetismo que dificultava a realização de campanhas de educação sanitária, visando a prevenção ou a manutenção do tratamento. Theophilo Almeida, anteriormente citado, defendia a educação sanitária como uma medida importante de controle da doença, mas admitia seus limites:

A educação do doente: em um país como o nosso em que o analfabetismo e as dificuldades quase insuperáveis das distâncias ainda fecham a maior parte da população dentro de uma verdadeira muralha da China contra as conquistas da civilização, a educação sanitária do leproso não pode ainda ser feita directamente por folhetos e instruções distribuídas pelas repartições de Saude Publica e, muito menos, directamente pelos médicos e funcionários de Hygiene, em todo o país.¹⁶⁶

Almeida afirmava que era necessária a notificação e o isolamento dos doentes contagiosos e que o “*velho preconceito da liberdade individual*” não poderia atravancar essas medidas.

É possível perceber que, mesmo com a doença sendo vista como *conhecida, evitável e tratável* e menos contagiosa do que outras doenças infecciosas como a tuberculose, as intervenções que eram propostas não deixavam de ser autoritárias e discriminatórias. Pode-se perceber que o doente com lepra acabava por assumir uma nova identidade, a de *leproso*, e ficava sob responsabilidade do governo e vulnerável as suas medidas: notificação obrigatória, separação de seus filhos, abandono de suas ocupações profissionais, necessidade de tratamento e em alguns casos de isolamento compulsório.

Como procurei sublinhar aqui, a lepra já era vista como doença curável e pouco contagiosa, mesmo antes das sulfonas, e a forma e rigidez do isolamento dos doentes já era um ponto de discussão entre os especialistas. No entanto, mesmo com o otimismo presente

¹⁶⁶ ALMEIDA, Thephilo. “O papel da educação sanitária na prophylaxia da lepra”. In: Archivos de Hygiene, v1, n1, 1927.p.178.

nos congressos, conferências e estudos da década de 1920, em relação ao tratamento dos doentes com lepra e a possibilidade de realização de medidas menos custosas e grandiosas, pode-se perceber que muitos médicos vão defender o isolamento, não apenas como prática profilática para a defesa dos sãos, mas como a possibilidade de se levar a cabo as medidas terapêuticas e sanitárias que consideravam necessárias para a solução do problema no país.

2.3 Teorias médicas e contextos locais: isolar, tratar, civilizar

Em 1931, Souza Araujo lia na Academia Nacional de Medicina seus apontamentos sobre a Conferência Internacional de Leprologia, realizada em Manila no mesmo ano.¹⁶⁷ O primeiro tópico abordado referia-se às divergências de opiniões entre os leprologos de todo o mundo no que dizia respeito aos mais variados temas sobre a lepra. Concluía-se que a causa principal para essa falta de consenso era a “*insuficiente ou nulla apreciação das diferenças fundamentaes entre as condições mesologicas e as praticas antileprosas dos diferentes paizes.*” Afirmava-se que era muito difícil uniformizar os métodos profiláticos:

Acha a Conferencia que as actividades contra a Lepra devem subodinar-se ás condições do meio e á predominância do typo clinico da doença, que se apresenta sob múltiplos aspectos, segundo factores locaes, que devem ser bem conhecidos dos leprologos que visem comparar resultados, afim de formularem conclusões geraes.¹⁶⁸

Sustentava-se também a necessidade da publicação de um anuário contendo informes seguros sobre a situação da lepra em todo o mundo para que os encarregados das campanhas pudessem estar à par das novidades no campo da leprologia. Além disso, a conferência aconselhava aos países que sofriam com o problema da lepra que enviassem seus técnicos aos centros de pesquisa de outros países, onde poderiam acompanhar novos métodos de trabalho e seus resultados¹⁶⁹. A visita de diferentes Instituições no próprio país pelo especialista também era aconselhado:

Acha mesmo a Conferencia conveniente as transferências periódicas e permutas de technicos para que elles conheçam as diferenças regionaes e se habituem a encarar o problema da lepra de modo mais geral.¹⁷⁰

¹⁶⁷ ARAUJO, H. C. de Souza. ‘Resultados práticos da Conferencia Internacional de Leprologia de Manila’. In: *Revista Medico-Cirurgica do Brasil*, 1931, p40-61.

¹⁶⁸ ARAUJO, H. C. de Souza. Op. Cit.. P. 41.

¹⁶⁹ Em 1924, Souza Araújo, a convite da Fundação Rockefeller, visitou diversos centros de pesquisa na Europa e Estados Unidos com o intuito de observar o desenvolvimento dos conhecimentos acerca da lepra e do câncer. Segundo carta enviada por Carlos Chagas a Souza Araújo, esse deveria fazer estudos gerais sobre a lepra, visando não só a sua profilaxia, como sua terapêutica. Ver: SAG/Minutas de Ofício, ofício n 498, de julho de 1924.

¹⁷⁰ ARAUJO, H. C. de Souza. Op. cit. p.42

Ficava decidida nessa reunião também a diretoria da Sociedade Internacional de Leprologia: a presidência ficava a cargo de Victor Heiser¹⁷¹, a vice-presidência da seção Oriental com Ernest Muir¹⁷² e a vice-presidência da seção Ocidental com Carlos Chagas.¹⁷³ Essa Sociedade tomava como sua responsabilidade, a publicação de um jornal científico sobre a lepra, *'The Internatinal Journal of Leprosy'*, já que os objetivos da dita Sociedade eram facilitar a disseminação dos conhecimentos sobre a doença e incentivar a colaboração de cientistas de todas as nacionalidades envolvidas com o assunto.

Um dos problemas apontados como obstáculo à realização de estudos comparativos era a anarquia terminológica em que se encontrava a especialidade. Definia-se, então, a nomenclatura que deveria ser adotada para a classificação das formas clínicas da doença. Foi aconselhada também a adoção da nomenclatura *Mycobacterium leprae* para a designação do agente patogênico.

Segundo Souza Araujo, a Conferência tinha acertado ao definir como melhor tratamento o método eclético: *aquelle que allia medidas geraes a agentes especiaes, subordinando-os sempre á natureza de cada caso individual.*¹⁷⁴ As medidas gerais eram as mesmas adotadas para a cura de outras doenças de grande cronicidade: eliminação de infecções intercorrentes, bom regime alimentar, higiene pessoal, exercício físico, laborterapia, estímulo moral e cuidados mentais.

¹⁷¹ Victor George Heiser (1873-1972) foi responsável pela organização do sistema sanitário e de medicina preventiva das Filipinas, já que foi seu diretor de saúde de 1905 a 1915. Dirigiu a *Culion Island Leper Colony*, aonde incentivou as experiências e os estudos sobre a prática terapêutica chaulmoogrica. Em 1936, publicou um livro sobre suas memórias, no qual descreve seu trabalho nas Filipinas. Ver: HEISER, Victor. *A odisséia de um médico americano- aventuras em quarenta e cinco países*. Porto Alegre: Edição Globo, 3ª ed, 1943.

¹⁷² Ernest Muir foi um reconhecido leprologista britânico que atuou na Índia e foi diretor da *British Empire Leprosy Relief Association*. Sobre atuação de Muir e dessa instituição para promover o controle da lepra no Império britânico, ver: WORBOYS, Michel. *The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900-1940*. In: *Osiris*, 2nd Series, Vol. 15, *Nature and Empire: Science and the Colonial Enterprise* (2000), pp. 207-218.

¹⁷³ A escolha de Carlos Chagas demonstra-nos a inserção da comunidade médica brasileira no debate internacional sobre o assunto. Carlos Chagas (1878-1934) foi diretor do Instituto Oswaldo Cruz, de 1917 a 1934, e diretor do DNSP. Foi também representante do Brasil no Comitê Higiene da Liga das Nações, onde defendeu a necessidade de uma cooperação internacional para a luta contra a lepra. Ver: ARAUJO, H. C. de Souza. 'O problema da lepra: necessidade de uma cooperação internacional.' In: *Scientia Medica*, ano V, n 3, , pp154-158. 1927.

¹⁷⁴ ARAUJO, H. C. de Souza. 'Resultados práticos da Conferencia Internacional de Leprologia de Manila'. In: *Revista Medico-Cirurgica do Brasil*, 1931, p40-61. P. 52.

Sobre os agentes terapêuticos, os óleos do grupo chaulmoogrico e seus derivados, afirmava-se:

A Conferencia considera impraticavel estabelecer-se, actualmente, um tratamento padrão, allegando que a grande chronicidade da lepra difficulta uma rigorosa apreciação dos resultados e conseqüentes conclusões sobre o valor deste ou daquelle methodo, desta ou daquelle droga, contudo recommenda o tratamento intradermico como o mais efficaz, sobretudo si for associado ao intramuscular.¹⁷⁵

Sublinhava-se também que as condições geográficas, políticas e econômicas da comunidade e a atitude dos doentes eram fatores que deveriam ser observados para organização do tratamento. Os casos precisavam ser selecionados em diferentes grupos de acordo com as fases da doença para que fossem definidos os tratamento adequados e os locais de tratamento, dispensários ou colônias - aonde se encontrariam “*debaixo de estreita vigilância afim de tornar mais perfeita a observação clinica e assistência medica geral.*”¹⁷⁶

Em relação às novas pesquisas que deveriam ser realizadas enfatizava-se a premência de estudos epidemiológicos para o esclarecimento da relação entre a lepra e as raças humanas, o meio físico, o meio social, os antecedentes familiares, idade, sexo, alimentação e ocupação.

A alimentação da população era apontada como um fator que deveria ser estudado, já que a incidência maior de doentes em determinadas regiões de um mesmo país, poderia indicar a influência do regime alimentar na disseminação da lepra. Devia-se atentar para os alimentos usados, seu modo de preparo, sua qualidade e quantidade. Sublinhava-se também a importância da alimentação na terapêutica.

¹⁷⁵ ARAUJO, H. C. de Souza. ‘Resultados práticos da Conferencia Internacional de Leprologia de Manila’. In: *Revista Medico-Cirurgica do Brasil*, 1931, p40-61. P. 53.

¹⁷⁶ ARAUJO, H. C. de Souza. Op. Cit.. P. 54.

Em relação à profilaxia a conferência aprovava a publicação da Liga das Nações ‘*Principes de La Prophylaxie de La Lèpre*’, que definia:

Reformar a legislação antileprotica tirando-lhe o espírito administrativo-policiaal archaico e dando-lhe o caracter medico-social, baseado no progresso therapeutico. Preferir uma legislação simples e adaptavel ás diversas circunstancias, constando de trez medidas geraes: a) a notificação compulsória dos casos como para as demais doenças infectuosas; b) O isolamento dos casos bacterioscopicamente positivos e contagiosos; c) Uma organização para o tratamento.¹⁷⁷

Sobre o isolamento resaltava-se:

(...) o isolamento obrigatório dos leprosos em leprosarios, nao secundado por outras medidas, tem fracassado.

Entretanto o isolamento dos leprosos”contagiosos” é uma medida cujo valor prophylactico está fóra de duvida. (...) Para o effeito do isolamento os doentes devem ser classificados em Infectuosos (os eliminadores de bacillos) e não infectuosos, os negativos.¹⁷⁸

É possível perceber que nas considerações finais dessa Conferência de 1931 buscou-se valorizar as observações locais sobre a doença e a possibilidade de seu controle em cada meio particular. Esse ponto aparece constantemente nos trabalhos dos especialistas brasileiros sobre o assunto, já que avaliavam que as medidas para controlar o alastramento da doença deviam considerar as condições locais do país.

No livro *Da lepra, o essencial*, o médico Raul Rocha, afirmava que a comparação do problema da lepra nos diferentes países era impossível já que a evolução da doença não era uniforme e dependia de diversos fatores locais. Segundo ele,

O augmento de conforto, e bem estar physico e moral, o progresso geral da civilização (sic), o asseio rigoroso do corpo e da habitação, a melhor e mais higienica alimentação, o augmento do gráo de instrucção, o aburguezamento do operario, a maior segurança da vida e o progresso

¹⁷⁷ Idem, ibidem P. 59.(grifos meus).

¹⁷⁸ ARAUJO, H. C. de Souza. ‘Resultados práticos da Conferencia Internacional de Leprologia de Manila’. In: *Revista Medico-Cirurgica do Brasil*, 1931, p40-61. P. 60.

moral, são indiscutivelmente, factores de declínio da lepra e da tuberculose.¹⁷⁹

Segundo Rocha, na Índia, na China e em certas regiões da África, a lepra estava em fase epidêmica, devido às condições sociais e culturais desses povos. Em outras regiões, onde a lepra ainda estava presente, a doença seria endêmica, devido ao movimento de progresso geral observado ali. Por essa razão, sustentava: *Não é possível contestar a acção eficiente das medidas especiaes de prophylaxia associadas aos factores de civilisação (sic) no combate à lepra.*¹⁸⁰

O binômio *alta civilização e rudimentar civilização* era apropriado para explicar as diferenças na forma de lidar com o problema da lepra em cada caso particular. Na Noruega, país de *alta civilização*, teria sido possível verificar a eficácia do isolamento como única medida profilática, já que se observavam progressos no meio social. No entanto, em locais de *rudimentar civilização* o isolamento empregado como único recurso teria sido contraproducente.

Defendia que a *profilaxia preventiva* nem sempre era seguida rigorosamente por todos os pacientes, sendo necessário encaminhar a *profilaxia coletiva* com o isolamento dos doentes e o seu tratamento. Os doentes contagiosos que por sua situação social, econômica ou por “submissão” – quando não seguiam as medidas recomendadas pelo regulamento sanitário – representassem risco à coletividade, deviam ser isolados compulsoriamente. Sendo assim, nota-se que a organização da luta anti-leprosa devia estar subordinada às condições do lugar e ao estado social e cultural do povo. Nas palavras do especialista francês Jeanselme: *Não seria odioso e inútil impor as mesmas medidas coercitivas a povos dizimados por uma endemia severa e aos que são apenas atingidos levemente pela lepra? Às nações do mais alto grao de civilisação (sic) e aos povos ainda na barbarie?”*¹⁸¹

¹⁷⁹ ROCHA, Raul. *Da lepra, o essencial*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1942. p. 389-90.

¹⁸⁰ ROCHA, Raul. *Op. Cit.*, p. 390.

¹⁸¹ Idem, *ibidem*. p. 419.

Em 1927, à pedido do Dr. L. Rajchman, diretor do Comité de Higiene da Liga das Nações, Souza Araujo esquematizou suas observações sobre o problema da lepra e já indicava:

É impossível organizar um plano geral de prophylaxia para todos os paizes:

a) O isolamento é a base da prophylaxia da lepra em todo o mundo, mas deve obdecer ás condições locais;

b) As condições econômicas e mental do povo (commum people), e a situação econômico-financeira do respectivo governo devem determinar o methodo de isolamento;

c) O isolamento domiciliário entre gente do povo deve ser reservado exclusivamente aos casos não-infectantes;

d) o isolamento parcial empregado com sucesso na Noruega e Suecia fracassaria completamente nas regiões tropicaes;

e) A incidencia da lepra é maior nos trópicos primeiro por causa do clima, segundo porque o povo vive em constante exposição ao contagio (a vida promiscua, a insuficiencia de vestimenta e ausência do calçado, etc., são factores favorecedores da infecção). Nas regiões frias as condições geraes de hygiene e os hábitos são a maior proctecção contra a expansao do mal.¹⁸²

Nas palavras do médico é possível perceber como os pares de opostos *países de clima frio / países tropicais* e *povos civilizados / povos não-civilizados* perpassavam seus argumentos e sua forma de encarar o problema da profilaxia da lepra. Analisando as medidas levadas a cabo na Índia, o chamado *Indian Sytem*, que consistia na provisão de clínicas para o tratamento dos doentes em liberdade, Souza Araujo demonstrava sua desaprovação. O médico era categórico:

Duvido seriamente do valor d'este systema como meio de eliminar a lepra em qualquer paiz. (Emquanto o segredo da transmissão da lepra não for desvendado, a sua prophylaxia deve basear-se em medidas eclecticas). Infortunadamente, o Indian System influenciou demasiadamente a 3ª Conferencia Internacional da lepra e alguns paizes estão modificando os seus serviços de prophylaxia dessa doença para peor.¹⁸³

¹⁸² SOUZA ARAUJO, H. C. 'O problema da lepra: necessidade de uma cooperação internacional.' In: *Scientia Medica*, ano V, n 3, , pp154-158. 1927, p.155.

¹⁸³ SOUZA ARAUJO, H. C. Op. Cit. p.156.

Souza Araujo enfatizava o grande valor do isolamento para a luta anti-leprótica e afirmava que não duvidava da ação benéfica do tratamento chaulmoogrico, entretanto, acreditava que a prática terapêutica não devia estar restringida ao uso dos derivados do óleo.

Para ele, o ideal seria o *tratamento eclético*, no qual agentes físicos e químicos eram associados à Chaulmoogra. Além do uso dos derivados do óleo administrados internamente – comprimidos de sais sódicos do óleo - e por via hipodérmica - injeções de ésteres etílicos do óleo – indicava também a aplicação de *galvano-cauterio* sobre as úlceras e lepromas e de solutos de *ácido tricloracético* em todas as lesões. Como tratamento complementar, aconselhava o uso de tônicos, laxantes e de diuréticos, e também, a adoção de um regime de farta alimentação, exercícios e repousos metódicos.¹⁸⁴

Apresentava os leprosários como centros de pesquisa e de tratamento, como tinha visto em sua viagem as Filipinas. Isolar era mais do que uma medida profilática, mas era a possibilidade de encaminhar uma prática terapêutica eficiente. Em suas palavras:

Pelo que vi estou convencido de que um serio tratamento anti-leprotico como se faz nas Philipinas applicado a doentes incipientes, collocados sob a influencia de condições favoráveis de vida, dará ainda mais satisfactorios resultados. Os especialistas filipinos acreditam na cura definitiva de pelo menos 50% dos casos de lepra incipiente e é por isso que me vou bater pela fundação, no Brasil, d'um sanatório-colônia para abrigar, si possível, todos os nossos doentes nessas condições, para submettel-os a um serio tratamento.¹⁸⁵

Esse fato foi o motivo de desentendimentos entre esse pesquisador e Eduardo Rabello, cuja atuação na Inspeção era criticada por Souza Araujo. Em 1933, ocorreu acalorado debate entre os dois na Academia Nacional de Medicina sobre a prática terapêutica com os derivados do óleo de chaulmoogra.

Rabello em oposição à defesa por Souza Araujo de seu *tratamento eclético*, afirmava que era possível curar os pacientes apenas com a utilização dos medicamentos à

¹⁸⁴ Araújo, Heraclides Cesar de Souza. 'Tratamento da lepra'. *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, Vol. XXXVIII,395-398, 1930.

¹⁸⁵ Araujo, H. C. de Souza. 'Tratamento da lepra nas Philipinas'. In: *Revista médica de Hamburgo*, ano 8, no 6, junho de 1927. P.156-158. p157.

base do óleo. Souza Araujo, por outro lado, insistia que a melhora do doente com a utilização apenas da Chaulmoogra ocorria nos casos incipientes, entretanto, o tratamento variava conforme o paciente. Para os casos *moderadamente avançados* ou até mesmo *avançados*, o tratamento eclético dava melhores resultados.¹⁸⁶ No entanto, para Rabello, não eram apenas os casos incipientes que se beneficiavam do medicamento, mas os *leprosos* da forma clínica tuberculóide, também poderiam ser curados com os derivados do óleo. Segundo Rabello, esses casos poderiam, portanto, ser tratados perfeitamente em dispensário:

Ora, o tratamento da lepra tem, naturalmente, que ser individualizado. Por isso mesmo, não concordo com o Dr. Souza Araujo, quando diz que é sempre necessária uma outra terapêutica mais complicada. É claro que o chaulmoogra não pode curar todos os casos; mas não é exato que ele, sómente ele, não possa curar grande numero de casos. Tenho disso uma experiência muito grande. Ele póde curar sozinho. Depende apenas das condições do doente.

*Na Índia, por exemplo, onde o doente é mal alimentado, é evidente que, quer quanto á lepra, como quanto a outra qualquer doença, não será possível tratá-lo sem o regimen alimentar. Se o individuo tem uma tara sífilítica ou se a tem malárica, como acontece, também, na Índia, onde grassa, ainda, anquilostomose (sic), é preciso que se trate tambem dessa tara. Mas, se não tem nada disso, o chaulmoogra cura sozinho.*¹⁸⁷

Como podemos notar nesse debate entre dois reconhecidos especialistas do assunto, existiam muitas diferenças na forma de encarar a prática terapêutica dos doentes com lepra no período. Pode-se dizer que, no final da década de 1920, torna-se mais freqüente a defesa da necessidade dos doentes serem tratados não apenas com medicamentos, mas também

¹⁸⁶ Souza Araujo não deixa de fazer uma provocação ao antigo inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas: “É o seguinte: o Prof. EDUARDO RABELO fundou a prophylaxia da lepra e o Dr. Silva Araujo o acompanha há doze anos; O Prof RABELO sempre foi favorável ao dispensário e otimista nesse tratamento. Se assim é, porque o Departamento não tem um dispensario modelo, no Rio de Janeiro, que sirva de exemplo para os Estados? Se pretende tratar de lepra no Brasil, porque o exemplo não vem de cima?” Ver: Boletim da Academia Nacional de Medicina. ‘O estado actual do tratamento chaulmoogrigo da lepra’. Sessão de 28 de setembro de 1933. P. 383.

¹⁸⁷ Boletim da Academia Nacional de Medicina. ‘O estado actual do tratamento chaulmoogrigo da lepra’. Sessão de 28 de setembro de 1933.p.387. (grifos meus)

com um regime dietético e higiênico. Segundo a *Oficina Panamericana de la Salud*, em relatório de 1929:

Desde que se introdujeron hacía fines de la segunda década de este siglo, los aceites chalmúgricos em el tratamiento, cada año más enfermos son dados de alta como “curados” o “no perigosos”, de los leprosários a que antiguamente se les condenaba para toda la vida, y donde ahora son tratados no solo com drogas, sino también com um régimen dietético e higiênico. (...)

Las colonias o leprosários son las armas de primera línea, como el dispensário y el sanatório em la campaña antituberculosa, pues aportan los dos elementos principales: aislamiento seguro y tratamiento científico, incluso una dieta nutritiva, protegiendo así, por um lado, a los sanos, y ofreciendo, por outro, al doliente las mayores esperanzas de curación.¹⁸⁸

As condições de vida da população que mais sofria com a doença eram vistas como fatores que explicavam a difusão da lepra no país e como empecilhos ao tratamento do doente com os modernos medicamentos que a ciência disponibilizava. A falta de hábitos higiênicos, a alimentação insatisfatória, com deficiência em vitaminas e minerais, as habitações precárias e superlotadas, a promiscuidade, os vícios e o acometimento de outras doenças debilitantes como a sífilis, a disenteria e a malária, favoreciam a contaminação e deviam ser combatidas durante o tratamento.

Em artigo de 1948, Orestes Diniz¹⁸⁹ faz uma interessante relação entre a lepra e a doença de Chagas, enfatizando esses aspectos. Diniz afirmava que já era bem conhecida a necessidade do bom estado geral do doente com lepra para o sucesso do tratamento, entretanto, indicava que, embora pouco mencionada, a doença de Chagas devia ser um grande fator para a debilitação desse paciente. Buscava, então, com o presente artigo enfatizar a importância que a doença tinha nos casos de lepra, já que as duas tinham alta incidência nas zonas rurais do país.¹⁹⁰ E concluía:

¹⁸⁸ Organización Panamericana de la Salud. ‘ Nuevos horizontes em la lepra’ In: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 8 (12): 1388-90, dic., 1929.p. 1389-90.

¹⁸⁹ Orestes Diniz foi director do Asilo-Colônia Santa Isabel, em Minas Gerais, e dirigiu o Serviço de Lepra do mesmo estado. Segundo Yara Monteiro, foi um dos pioneiros da chamada *Moderna Campanha Nacional contra a Lepra*, iniciada em 1958. Foi também director do Serviço Nacional da Lepra, a partir de 1956. Ver: MONTEIRO, Yara Nogueira. *Op. Cit.*. Anexo; MACIEL, Laurinda Rosa. *Op. Cit.*

¹⁹⁰ O autor faz menção também às pesquisas que Souza Araujo tinha realizado sobre a possibilidade da transmissão da lepra ser feita também pelo mesmo vetor da doença de chagas. Ver: DINIZ, Orestes. ‘Lepra e Doença de Chagas’. In: *Arquivos mineiros de leprologia*, ano 9, n 3, jul. 1949.

A epidemiologia, a clínica e o laboratório demonstram a incidência da doença de chagas em leprosos.

Cumpra agora verificar a extensão e o grau de influência dessa associação, sob o ponto de vista clínico-evolutivo, terapêutico e prognóstico.

A atual geração de brasileiros que vive no desconforto de grande porção de nossas áreas rurais está, sem dúvida alguma, sacrificada ao peso desses dois flagelos – Lepra e Doença de Chagas – qualquer um deles capaz de causar os maiores males à nacionalidade. (...)

Podemos asseverar que, de certo modo, a luta contra a lepra em nossas zonas rurais tem que ser também a luta contra a Doença de Chagas. Se é verdade que cada uma dessas doenças comporta normas profiláticas específicas, certo também é que ambas exigem medidas preventivas comuns, como sejam a melhoria dos hábitos higiênicos, das condições de habitações, do aperfeiçoamento da cultura popular e da educação sanitária, providencias estas a serem levadas às populações das regiões assoladas pelas duas endemias.¹⁹¹

Essa comparação é interessante, pois como afirma Simone Kropf, a configuração da doença de chagas como um problema científico e social de grande importância para o país representava a própria associação entre ciência, endemias rurais e projeto nacional. A “descoberta” da *doença do Brasil* por Carlos Chagas tornou-se símbolo de um país doente, de um país rural e atrasado, entretanto, indicava também o papel da ciência nacional para o processo de modernização e civilização do Brasil.

A doença de chagas, expressando-se como *doença do interior*, re-configurou o conceito de *doença tropical* em *endemia rural*. Dessa forma, o *sentido de alteridade* que vemos perpassar os discursos sobre os *tropicais* e suas doenças revela-se também nesse deslocamento de *doenças tropicais* para *endemias nacionais / endemias rurais*.¹⁹²

Como perpassa no artigo de Diniz, esse *Outro* “descoberto” pela ciência nacional em seu próprio território, precisava ser incorporado, e para tanto, era necessário transformar seus hábitos e costumes.

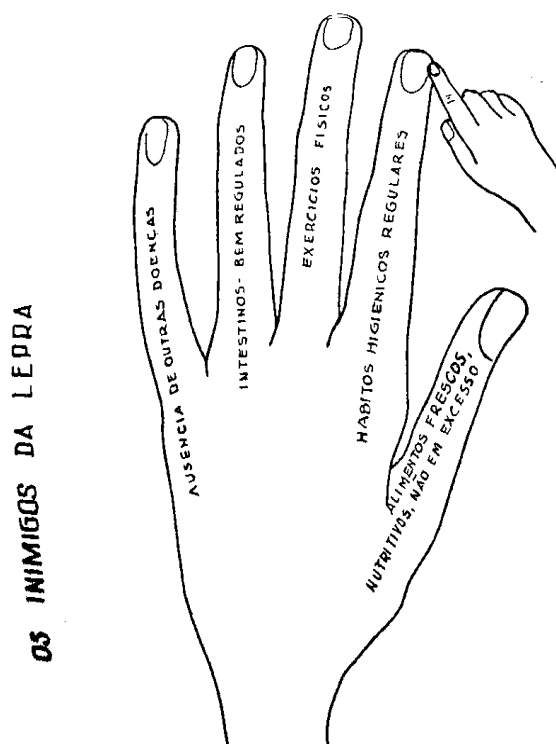
Com relação especificamente à lepra enfatizava-se, portanto, a importância de *levantar a moral* dos doentes, de eliminar as doenças concomitantes, de manter medidas de

¹⁹¹ DINIZ, Orestes. Op. Cit. p.167.

¹⁹² KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Tese de doutorado. Orientador: André Luiz Vieira de Campos. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, 2006.

higiene, de estabelecer um bom regime alimentar e da realização de exercícios físicos regulares para o sucesso do tratamento, o que poderia ser feito de forma bem vigiada e coordenada nos locais de isolamento.

A importância desses elementos para o tratamento do doente pode ser vista no esquema a seguir:



MUIR, E. *lepra- diagnóstico, tratamento e profilaxia*. (tradução da 6ª edição por Hamilton Palermo). Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1947.

Dessa forma, o isolamento dos doentes não era apenas apontado como uma medida profilática de defesa da população sadia, mas era indicado também como a possibilidade de tratar e *civilizar* esses grupos nacionais, dentro de um regime rigoroso e autoritário, no qual buscava-se modificar hábitos e costumes e elevar o estado geral do doente para que o tratamento medicamentoso com os derivados da Chaulmoogra surtisse o efeito desejado.

Como demonstra-nos o historiador Warwick Anderson, o esforço para o combate à lepra pelos americanos nas Filipinas – visto como exemplo de *eficiente e moderna profilaxia* da doença por muitos médicos brasileiros – estava relacionado à criação de locais onde pudesse ser posto em prática um processo de medicalização e de civilização desses

pacientes, transformando-os em cidadãos civilizados. A patologia da *semi-civilização* poderia, assim, ser remediada. Segundo o autor:

American colonial officials had structured the leper colony as a laboratory of therapeutics and citizenship, a place where needy patients were resocialized, where they performed somatic recovery alongside domestic hygiene and civic pride.¹⁹³ p158)

Dessa forma, para uma doença considerada dos *semi-civilizados* – como vemos nos discursos de médicos internacionais e nacionais, como Manson e Penna – seria necessário a realização de medidas que pudessem finalizar o dito *processo civilizador*.

É possível perceber que o debate não dizia respeito apenas à questão de como lidar com o problema da lepra, mas sim, em como fazê-lo no Brasil. Assim, a comunidade médica procurava dar significados e soluções nacionais para uma doença *dos seus*, dando visibilidade à doença e enfatizando a necessidade de seu controle, entretanto, o que perpassa os discursos é um *Outro*, visto por muitos como incapaz de seguir medidas mais *modernas e científicas*. O resultado disso é que, assim como demonstrou Diana Obregón em relação à Colômbia, em resposta às visões pejorativas e depreciativas dos *trópicos* e de suas doenças pela comunidade internacional, a elite política e científica brasileira procura distanciar-se de certos grupos nacionais, exercendo sob eles domínio e coerção e posicionando-se de forma *imperialista / colonialista* diante de sua população.¹⁹⁴

Em relação ao tratamento dos doentes com os derivados do óleo de chaulmoogra, defendia-se também a importância do isolamento, já que a rotina da prática terapêutica exigia locais apropriados e médicos especializados para ser realizada.

Em muitos artigos, os médicos afirmavam que a lepra não era incurável, mas que o sucesso do tratamento dependia da seleção clínica dos casos para escolha do medicamento mais indicado. Os casos incipientes poderiam ser curados com a administração correta do

¹⁹³ ANDERSON, Warwick. "Disease and citizenship". In: ANDERSON, Warwick. *Colonial pathologies – american tropical medicine, race and hygiene in the Philippines*. Duke University Press, 2006.

¹⁹⁴ Ver: TORRES, Diana Obregón. "Building national medicine: leprosy and power in Colombia, 1870-1910", *Social History of Medicine*, 15 (1), pp89-108.;_____. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*. Banco de la República – Fondo Editorial Universidad EAFIT, Medellín, 2002. Pp. 422._____. "debates sobre la lepra: medicos e pacientes interpretan lo universal y lo local". In: *Culturas científicas y sabers locales: asimilación, hibridación, Resistencia*. Colombia, Universidad Nacional de Colombia., s.d.

moderno tratamento e os casos não muito avançados podiam tornar-se não infectantes em poucos anos. No entanto, somente os médicos que se dedicavam ao assunto teriam conhecimento suficiente para a seleção clínica dos casos, escolha dos medicamentos e doses indicadas, acompanhamento de cada caso particular e deliberação das altas dos pacientes. A lepra era apresentada como *doença singular* e seu tratamento devia estar nas mãos dos especialistas no assunto.¹⁹⁵

A própria rotina da prática terapêutica demandava uma grande vigilância que podia ser encaminhada nos locais de isolamento. Para o controle do estado geral do doente e a vigilância dos resultados parciais do tratamento, três elementos deviam ser constantemente observados e acompanhados nas fichas dos pacientes: a temperatura, o peso e o índice de sedimentação. O peso e a temperatura indicavam a tolerância geral do doente ao tratamento, que deveria ser suspenso ou modificado quando ocorresse uma elevação térmica ou uma diminuição progressiva do peso do doente. O índice de sedimentação traduzia o estado geral do doente, sendo usado como um guia para o tratamento, já que informava a necessidade de aumentar ou diminuir a dose de medicamento.¹⁹⁶

A duração e intensidade do tratamento variavam conforme a situação particular de cada doente e sua resposta às medicações. A prática terapêutica podia ser dividida em três períodos: *tratamento de ataque*, que procurava frear a evolução da doença e sua contagiosidade, *tratamento de consolidação*, para assegurar a estabilidade desses resultados, e *tratamento de confirmação*, que procurava evitar as recaídas e a confirmação segura da “cura” do paciente. Esse tratamento era feito uma vez por semana, em um período de três anos, nos quais também eram realizados periodicamente exames clínicos e laboratoriais para a que o doente pudesse receber a “alta definitiva”.¹⁹⁷

¹⁹⁵ Ver: COSTA, Dilma Cabral da Op. Cit.; MACIEL, Laurinda Rosa. *Op.cit.*

¹⁹⁶ Esse índice era determinado, a partir da mistura de 1,2cc do sangue do paciente com 0,3 cc. de soluto a 5% de citrato de sódio em água destilada. As leituras dos resultados deviam ser feitas uma hora e meia e duas horas e meia depois do experimento e a média aritmética desses resultados era o índice de sedimentação do doente. Esse índice devia ser tomado tanto no dia da aplicação quanto no dia precedente para que fosse determinada a diferença desses dois resultados. Tendo em mãos esses números os médicos conduziam o tratamento: se a diferença era menor que 5, a medicação era aumentada, se a diferença estava entre 5 e 10, a dose medicamentosa devia ser mantida e se a diferença fosse maior que 10, a dose empregada devia ser diminuída. Ver: ROCHA, Raul. *Da lepra, o essencial*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1942. p. 389-90. p.306-7.

¹⁹⁷ ROCHA, Raul. *Da lepra, o essencial*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1942. p. 389-90.

As condições *psicológicas, sociais, culturais* favoráveis ao tratamento e à resistência do organismo frente à doença deviam ser levadas em consideração até mesmo na hora da concessão das altas dos doentes. Segundo Nelson Souza Campos, médico do departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, muitos doentes que recebiam alta após tornarem-se não-infectantes tinham uma recaída, tanto pelo abandono do tratamento de controle, quanto pelas condições de vida que encontravam fora do leprosário. Sendo assim, afirmava:

É de absoluta necessidade que a alta hospitalar, isto é, quando o tratamento ambulatorio e a vigilancia clinica se fazem necessários com todo o rigor, só seja permittida aos casos que offereçam na realidade toda segurança da localisaçao (sic), de sustento, de possibilidades de vida satisfactorias. Sabemos que isso difficultará a sahida a um grande numero de casos; mas é preferível a permanência dos mesmos no hospital por mais um anno e meio de tratamento, até que obtenham a alta condicional do que facilitar-lhaes a recidiva, criando ao mesmo tempo um caso administrativo difficil, qual seja a sua vigilancia e tratamento.¹⁹⁸

Neste mesmo artigo, o autor demonstrava sua descrença na possibilidade de cura de determinadas formas da doença com a terapêutica chaulmoogrica:

Fomos um grande optimista da cura da lepra de um modo geral. Nossa experiência porem, quer de ambulatorio quer de controle dos casos em Alta, nos têm decepcionado de tal modo que hoje julgamos – até prova o contrário- fallido ou quase, o tratamento da lepra pelo chaulmoogra nos casos mixtos ou cutâneos, pelo menos com os actuaes criterios de alta, dose e tempo de tratamento. Melhoram, é verdade, dão ao doente um aspecto satisfactorio e isso graças sobretudo ao “plancha”, desaparecem os bacillos da superficie, mas na intimidade dos órgãos lá elles ficam á espera de uma causa qualquer que favoreça a satisfação de seu dermatropismo. E as reactivações clinicas se succedem.

¹⁹⁸ CAMPOS, Nelson de Souza. ‘As altas aos doentes de lepra’. In: *Revista brasileira de leprologia*. Vol. V, no 1, março de 1937.p. 341-356.p.354.

Já para as formas iniciais, maculosa ou nervosa, o autor afirmava que as melhoras eram rápidas e seguras com o uso dos derivados de chaulmoogra. Sendo assim, a própria classificação da forma da doença indicava o prognóstico do doente e os efeitos que podiam ser esperados do tratamento.

Dessa forma, com a leitura de artigos e pesquisas da década de 1930 e 1940, é possível perceber o crescimento de certa desconfiança na especificidade do tratamento, diante das recaídas e da dificuldade de estabelecimento de um tratamento uniforme para todas as formas clínicas da doença, após um momento de euforia e grande otimismo em relação aos *progressos terapêuticos*, na década de 1920.

Tanto a observação clínica, quanto bacteriológica eram fonte de discordâncias, o que dificultava a avaliação do tratamento e a uniformização da prática terapêutica. Alguns exemplos destas discordâncias de práticas e de resultados podem ser vistas no *Tratado de Leprologia* do Serviço Nacional da Lepra, de 1944, como por exemplo:

Em igualdade de tempo de observação, alguns autores darão como melhorados ou mesmo curados, casos antes bacteriologicamente positivos e hoje negativos em pontos facilmente acessíveis à pesquisa (muco, lesões cutâneas); outros exigirão negatividade também nos gânglios e trocos nervosos acessíveis a punção, enquanto outros, ainda mais rigorosos, provarão que nos casos externamente negativos, a autópsia costuma revelar bacilos freqüentes nos órgãos internos, e tenderão a dar pouco valor às pesquisas superficiais.

As melhoras e peoras unilaterais são também freqüentes aqui. Um caso de lepra que se apresentou inicialmente com lesões maculosas evidentes e baciloscopia negativa poderá depois parecer melhorado pelo apagamento clínico das lesões, enquanto que a intervenção do fator bacteriocópico poderá revelar população bacilar. Inversamente, pode-se observar a negatificação bacterioscópica de um caso, enquanto se instalam lesões tróficas irreparáveis e, em tais condições, o conceito de melhora ou piora dependerá grandemente do ponto de vista pessoal do observador.¹⁹⁹

Segundo os autores do referido manual, com o tempo, o tratamento com os derivados de chaulmoogra demonstrava sua fragilidade e inconstância. A impossibilidade de explicação do mecanismo de ação desses derivados no corpo do paciente e as recaídas

¹⁹⁹ BECHELLI, L. M; ROTBERG, A. Maurano. *Tratado de Leprologia*. Vol. 4. Clínica e terapêutica, Serviço Nacional da Lepra, Rio de Janeiro, 1944. p. 229-30.

observadas traziam desconfiança aos pesquisadores. Alguns questionavam se os casos de melhora teriam sido resultado da própria resistência do organismo, a chamada “cura espontânea”, ou se eram devidos ao tratamento empregado.

No entanto, o que muitos pesquisadores enfatizavam era a possibilidade de *frear a marcha da doença* com essa prática terapêutica, o que já significava um grande avanço para a profilaxia da lepra²⁰⁰. O doente poderia não ter a chamada *cura física e social*, com a permanência de seqüelas e o aspecto característico deixado pela doença, mas ao tornar o *leproso* não-infectante, o tratamento teria cumprido, pelo menos, o seu efeito profilático.

Assim, a possibilidade de tornar o doente não-infectante era apresentada como um grande progresso para a *profilaxia coletiva* da lepra e como uma fonte de esperança para os doentes. Afirmava-se que em alguns meses de tratamento chaulmoogrico, auxiliado por um apropriado *regime higiênico*, poderiam ser curados os casos incipientes. A cura significava um exame bacteriológico negativo e desaparecimento dos sinais ativos da doença por um período indeterminado. As dificuldades para um resultado mais favorável ao tratamento cresciam nos casos mais avançados da doença.

É possível perceber nas falas de muitos médicos que os leprosários eram indicados como locais onde os pacientes receberiam um tratamento bem orientado para que pudessem restituir sua saúde e voltar ao mundo que tiveram que abandonar.²⁰¹ Nesses locais deveriam ser isolados apenas as formas lepromatosas e mixtas, por serem infectantes e responsáveis por 95% dos contágios, e os pacientes com poucos recursos, que não poderiam realizar isolamento eficiente dentro de um regime de vida apropriado em seus próprios domicílios – o que, segundo muitos médicos, representava grande parte dos pacientes, visto que a

²⁰⁰ Ao falar sobre o tratamento com os preparados chaulmoogricos no livro *A odisséia de um médico Americano*, Heiser compara a doença a um automóvel que desce ladeira abaixo sem freio. No entanto, afirmava: “Hoje em dia o tratamento serve de freio. Nem sempre ele pode fazer parar o carro, mas pode retardar a descida; às vezes imobiliza completamente o carro, e há casos em que é possível fazer voltar a máquina, e repô-la no caminho da saúde.” Ver: HEISER, Victor. *A odisséia de um médico americano-aventuras em quarenta e cinco países*. Porto Alegre: Edição Globo, 3ª ed, 1943.p. 229.

²⁰¹ O que procuro discutir aqui diz respeito ao que era apresentado nos regulamentos, nas conferências e estudos dos especialistas no assunto, entretanto, não tive como objetivo analisar o que realmente foi posto em prática e de que maneira isso foi encaminhado. Nos discursos dos médicos, os leprosários eram apresentados como locais de tratamento e de promoção de melhores condições de vida para os pacientes, mas podemos encontrar sinais de que esse modelo ideal estava distante do que foi posto em prática. Além disso, a possibilidade de sair dos locais de isolamento e de integrar-se novamente na sociedade era rara e, como já foi bem documentado, mesmo depois do fim da prática isolacionista no país, esses pacientes tiveram dificuldade de se reincorporar à sociedade.

doença atingia de preferência as classes mais pobres. Já entre os não-infectantes, deveriam ser isolados *com fins de assistência, os mutilados, os mendigos e os indigentes*.²⁰²

O que busquei demonstrar nesse capítulo é que, apesar das controvérsias, a prática terapêutica apresentava-se como um elemento significativo para a profilaxia da lepra no período. Pode-se perceber, entretanto, a existência de divergências em relação a sua utilização e ao seu papel no controle da doença, que estavam relacionadas à forma como esses especialistas encaravam as condições sociais e culturais dos que mais sofriam com a doença e as escolhas sobre a forma de intervenção na sociedade.

Pesquisas e experiências estrangeiras eram citadas e corroboravam os argumentos dos especialistas em relação ao valor do tratamento chaulmoogrico, entretanto, quais pesquisas no contexto nacional estavam por trás dessas propostas? Como discutirei a seguir, mesmo com as divergências e as mudanças na forma de lidar com o *problema da lepra* no país, entre 1920 e 1930, a terapêutica chaulmoogrica era objeto de muitas pesquisas nos institutos nacionais de pesquisa, nos quais os pesquisadores buscavam *aprimorar e nacionalizar* essa prática.

²⁰² BARRETO, João de Barros. 'Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil'. In: Arquivos de Higiene. Vol. 8, ano 8, no 2, 1938, p.245-261.

CAPÍTULO 3

PESQUISAS NACIONAIS SOBRE AS CHAULMOOGRAS

3.1 Da Clínica para o laboratório

Na Sessão de 16 de Setembro de 1920 da Academia Nacional de Medicina, ocorria a posse de Adolpho Lindenberg como membro correspondente da Casa²⁰³. A conferência que o pesquisador fez na ocasião tratava da terapêutica da lepra e das pesquisas laboratoriais que desenvolveu no Instituto Bacteriológico de São Paulo. As pesquisas de Lindenberg relatadas e explicadas por ele nesse momento e, posteriormente publicadas, tornaram-se referência nos trabalhos sobre o tema, fundamentando a prática terapêutica da lepra.

Logo após a declaração do presidente da Casa, Miguel Couto, de que a Academia tinha elegido por unanimidade de votos Adolpho Lindenberg como correspondente, Eduardo Rabello toma a palavra para dar-lhe as boas vindas em nome da Academia. Na apresentação que faz do novo membro, o médico procura enumerar suas contribuições no campo da dermatologia.

Rabello sublinha que Lindenberg vinha “*do laboratório para a especialidade*” e que deveria ser no momento o mais conhecido dos dermatologistas brasileiros pelo valor de suas pesquisas realizadas no Instituto Bacteriológico de São Paulo, junto com Adolpho Lutz. Nas suas palavras: “*...unindo vossos conhecimentos de laboratório aos clínicos, conseguistes realizar observações de valor que fizeram caminho nesses conhecimentos dentro da especialidade.*”²⁰⁴ O orador conclui, reforçando o mérito de Lindenberg por ter sido o primeiro a sistematizar a profilaxia da lepra, tendo como base os avanços na terapêutica da doença.

²⁰³ Boletim da Academia Nacional de Medicina, sessão de 16 de setembro de 1920, p.556-574.

²⁰⁴ Idem, ibidem, p.556-574.

Lindenberg toma a palavra, agradece a todos e anuncia o tema de sua conferência, a terapêutica e profilaxia da lepra, fazendo a seguinte observação: *Parecer-vos-há extranha a minha ousadia de fallar-vos sobre a therapeutica de uma moléstia acreditada incurável.*²⁰⁵

Segundo ele, a crença na incurabilidade da lepra teria assumido proporções de um verdadeiro dogma, entretanto, afirmava que quem se dedicasse ao estudo do tema poderia verificar o contrário. Desde a obra de Danielssen e Boeck, já tinha sido aceita a possibilidade da *cura espontânea* da lepra.

O maior argumento a favor da curabilidade da lepra seria resultado dos estudos comparativos dessa doença com a tuberculose. Com o desenvolvimento dos estudos sobre a natureza destas duas doenças, verificou-se sua analogia, já que os bacilos de ambas possuem um envoltório cero-gorduroso. Essa curiosa propriedade colocaria os dois bacilos numa classe à parte, dentro grupo das doenças infectantes²⁰⁶. Além dos seus bacilos serem morfológicamente idênticos, poderia ser também elemento de comparação entre as duas, o fato de ambos resultarem numa doença de marcha lenta e crônica.

A diferença entre as doenças residiria na localização preferida dos bacilos: no caso da tuberculose, o pulmão e, na lepra, os nervos periféricos. Além disso, o bacilo da lepra seria menos tóxico do que o da tuberculose - já que poucos bacilos da tuberculose podiam causar o desenvolvimento de graves sintomas, fato que era explicado pelo seu alto grau tóxico.

Lindenberg afirmava que na Conferência de Lepra reunida em Bergen teria sido declarado que o estudo clínico da lepra indicava que essa doença não seria incurável, já que:

Com o advento da era bacteriológica no estudo das molestias infectuosas, trazendo a descoberta do bacillo de Hansen, e permitindo, portanto, que, por analogia, na lepra fosse aproveitada a experiência adquirida nas outras infecções, novas esperanças deveriam surgir, e a therapeutica, arrancada das mãos do empirismo, passou a ser estudada com os novos methodos.²⁰⁷

²⁰⁵ Boletim da Academia Nacional de Medicina, sessão de 16 de setembro de 1920, p.556-574.p.559.

²⁰⁶ Os agentes patogênicos da lepra e da tuberculose são bacilos ácidos-resistentes do grupo *Mycobacterium*.

²⁰⁷ Boletim da Academia Nacional de Medicina, sessão de 16 de setembro de 1920, p.556-574. P. 561.

A descoberta do bacilo de Hansen teria motivado o desenvolvimento de soros e vacinas. Apesar das pesquisas com os soros terem falhado, como evidenciava o fracasso do soro de Carrasquila, buscava-se ainda obter bons resultados na *vacinoterapia*, já que não era possível isolar os bacilos em culturas. Segundo o autor, a nastina, produzida com a substância graxa de germes ácido-resistentes, era largamente usada nas colônias inglesas e no Brasil, podendo ser definida como um específico. Apesar dessa afirmação, Lindenberg finaliza com a seguinte assertiva:

De um modo geral, pôde-se dizer que a vaccinothérapie na lepra, como, aliás, em outras moléstias infectuosas chronicas, deu muito menos do que se esperava e o pior é que, após alguma experiência, tem-se a impressão de que, não raro, agrava a evolução da moléstia. (...) Nem cremos que a futura descoberta da cultura do bacillo de Hansen, tornando possível o aproveitamento de antígenos reaes, venha modificar essa situação.²⁰⁸

A partir desse momento, debruça-se sobre o uso do óleo de chaulmoogra e declara:

A frequência com que o medicamento era usado no Oriente despertou, em meados do século passado, a atenção dos médicos europeus, já, então, preocupados, através da expansão colonial da Europa, com a pathologia exótica.

Não tardou que começassem a usá-lo systematicamente. Um dos seus maiores propugnadores foi Unna que, entusiasmado com o efeito obtido nos seus doentes, num rasgo de optimismo costumeiro, não hesitou em proclamar o oleo de chaulmoogra um específico da lepra.²⁰⁹

Se Lindenberg confere a Unna o posto de um dos primeiros propugnadores da ação do referido óleo, ao médico egípcio Tortoules-Bey, atribui o mérito de criação de uma nova fase nessa terapêutica, com o uso do óleo em injeções hypodermicas. O método aumentava a eficácia do medicamento e resolvia os problemas gástricos causados pela ingestão do óleo. Seguindo os passos do médico egípcio, outros pesquisadores propuseram fórmulas de uso subcutâneo e intra-muscular.

²⁰⁸ Boletim da Academia Nacional de Medicina, sessão de 16 de setembro de 1920, p.556-574. P. 562.

²⁰⁹ Idem, ibidem, P. 562.(grifos meus)

Após citar diversos preparados que foram desenvolvidos por pesquisadores de todo o mundo, Lindenberg afirmava que era possível perceber que a terapêutica do óleo tinha sido aperfeiçoada ao longo do tempo, e que este empenho provava a confiança que a comunidade médica vinha tendo na eficácia do remédio.²¹⁰ Em 1907, Engel desenvolveu o Antileprol, que, segundo o pesquisador, seria responsável pela confiança que naquele momento o óleo de chaulmoogra tinha adquirido como medicamento para a lepra.

Sendo assim, Lindenberg afirma que, diante dos sucessos que a quimioterapia vinha tendo na terapêutica das doenças infecciosas, a partir dos princípios de Ehrlich²¹¹, ele e Bruno Rangel Pestana, seu assistente do Instituto Bacteriológico de São Paulo, realizaram uma série de experiências para tentar compreender esta atividade terapêutica do óleo.

A experiência, entretanto, esbarrava em dois obstáculos: o bacilo não era cultivável e a doença não era inoculável em animais. No entanto, segundo ele, sabia-se que a especificidade quimioterápica poderia ser incluída também nas reações chamadas de grupo, ou seja, já que o óleo tinha ação sobre o bacilo da lepra, deveria ter também sobre os outros bacilos ácido-resistentes. Nas palavras do autor:

Trabalhando nós com um corpo graxo, deveríamos esperar que, se afinidade química houvesse entre remédio e bacilo, esta deveria estar em relação com esse envoltório também graxo, o qual sendo além disso a parte mais externa do bacillo, deveria por isso mesmo ser a primeira a entrar em contacto com o agente medicamentoso.

²¹⁰ Lindenberg cita autores estrangeiros renomados que teriam tido sucessos com as mais variadas formas de aplicação e com os diferentes produtos a base do chaulmoogra. Para que o tratamento tivesse sucesso, seria necessário que, em primeiro lugar, o doente tolerasse o tratamento – o que se conseguia variando o preparado, o método de aplicação ou a dosagem – e, em segundo lugar, que o tratamento fosse mantido durante o tempo necessário – o que poderia durar alguns anos. Ver: Boletim da Academia Nacional de Medicina, sessão de 16 de setembro de 1920, p.556-574

²¹¹ O pesquisador alemão Paul Ehrlich (1854-1915) realizou investigações químicas sobre os processos de imunidade e procurou elaborar produtos terapêuticos eficientes para a cura das doenças infecciosas, as chamadas “balas mágicas”. O objetivo era o desenvolvimento de substâncias que, por sua afinidade aos agentes patogênicos, pudessem eliminá-los sem causarem danos ao organismo dos doentes. Em 1909, desenvolveu o *Salvarsan* ou *606* para o tratamento da sífilis. Pouco tempo depois, ele e sua equipe desenvolveram uma versão menos tóxica batizada de *neo-salvarsan* ou *914*. Ver: CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996; PORTER, Roy, “From Pasteur to penicillin” In: *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity*. New York/London: W.W. Norton & Company, 1999, pp.428-461; WEATHERALL, Miles. “Drug Therapies”. In W. F. Bynun and Roy Porter (ed.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. I. London and New York, Routledge, 1993, 915-938.

Para poderem ensaiar o poder inibitório do óleo sobre o crescimento dos bacilos ácido-resistentes cultiváveis era necessário utilizar uma substância solúvel, portanto, transformaram os ácidos – já que a prática clínica com o uso do Antileprol (composto apenas pelos ésteres etílicos dos ácidos do óleo) demonstrava que eram esses os responsáveis pela ação terapêutica – em sais solúveis, que podiam, então, ser testados nas culturas de bacilos ácido-resistentes. O resultado da experiência demonstrou uma ação maior com esta substância do que com outros anti-sépticos. Os sais do óleo de chaulmoogra impediam o crescimento do bacilo da tuberculose aviária na diluição de 1 para 500.000.

Dando prosseguimento a experiência, verificaram a ação da substância no impedimento do crescimento de outros bacilos ácido-resistentes, *o bacillo de tuberculose humana, do bacillo butyrico, do B. Duval, do Strotothrix Deycke*. Em seguida, procuraram averiguar se esta ação anticéptica era específica aos bacilos ácido-resistentes. O resultado foi positivo, já que o preparado não impedia o crescimento de outros germes não ácido-resistentes. A experiência foi feita com outros óleos para que fosse possível verificar se esta era uma propriedade comum dos óleos em geral.

Após os testes de óleos extraídos de outras espécies da mesma família botânica da Chaulmoogra e de outros óleos, como o de fígado de bacalhau, reconheceram que a propriedade do óleo de chaulmoogra de impedir o crescimento de bacilos ácido-resistentes não era exclusivamente sua. Com este resultado em mãos, buscaram identificar qual era a propriedade comum destes óleos que lhes davam este poder inibitório sobre estes bacilos especificamente.

As novas experiências realizadas pelos pesquisadores demonstraram que o princípio específico destes óleos se achava entre os ácidos não-saturados. No entanto, esta não era uma propriedade de todos esses ácidos, devendo ser, de algum ácido não-saturado até o momento desconhecido ou apenas de ácidos altamente não-saturados. O pesquisador afirmava que não tiveram a possibilidade de prosseguir as pesquisas para a solução desse impasse porque o “atraso” em que se encontrava a química dos óleos impedia a realização de experiências mais exatas. Segundo ele, os processos químicos daquele momento não permitiam a separação, em estado quimicamente puro, dos ácidos que compõem um óleo.

Mesmo assim, Lindenberg afirmava que, a partir destas pesquisas, podia-se confirmar que a ação terapêutica do óleo de chaulmoogra era o resultado de um fenômeno quimioterápico, pela afinidade do óleo aos bacilos ácido-resistentes. E, conclui:

O estudo da therapeutica da lepra, com os recursos que, já agora, lhe fornecem as sciencias de laboratório, a bacteriologia, a chimica e a physiologia, entrou numa nova phase experimental, que eu reputo promissora de considerável sucesso. Já temos o ponto de partida, já temos a ponta do fio.

Homens do laboratório, clínicos e hygienistas não podem ficar indifferentes ao movimneto que se inicia. No Brasil, a questao da lepra é sempre opportuna. No vasto hospital de Miguel Pereira ella occupa um lugar de destaque.²¹²

Lindenberg sublinhava, então, as duas faces deste problema que deviam ser consideradas: a terapêutica – que interessaria mais ao doente e ao clínico – e a profilaxia – que preocuparia o higienista e a comunidade. Para o pesquisador, diante do resultado das pesquisas que acabava de apresentar à Academia, era possível formular um plano de ação capaz de utilizar na profilaxia o resultado do esforço que vinha sendo empregado no desenvolvimento da terapêutica.

Sem entrar nos meandros da discussão sobre a transmissibilidade da lepra, o palestrante, afirmava que, seja o contato indireto ou direto, o isolamento era o recurso indicado, por ser a doença contagiosa. No entanto, este devia ser feito de acordo com os hábitos, as tradições e as condições peculiares do meio de cada país.

Toma como exemplo o isolamento realizado com sucesso na Noruega, que provava que a medida era eficaz, mas não evidenciava que esta seria eficaz no Brasil, já que as condições locais eram extremamente diferentes. No Brasil, existiriam 15 vezes mais doentes espalhados em um território 80 vezes maior do que o da Noruega. Além da impossibilidade da realização dessa medida, Lindenberg sublinhava o alto custo econômico da mesma. O isolamento domiciliar também daria grande despesa pela necessidade de muitos médicos sanitários para a realização da fiscalização. E, lembrava, também, as dificuldades que seriam criadas pelos próprios doentes que se revoltariam

²¹² Boletim da Academia Nacional de Medicina, sessão de 16 de setembro de 1920, p.556-574. P. 570.

contra a lei que os isolava, mas que deixava os doentes de tuberculose, mais contagiantes do que ele, em liberdade. No entanto, afirmava:

...o isolamento impõe-se, impõe-se cada vez mais, porque a lepra aumenta e não temos outro recurso para impedir a sua progressão. Acudiu-me então a idéia de promover o isolamento por meio de uma prophylaxia, que eu chamarei therapeutica, embora seja diferente dessa prophylaxia therapeutica em que se tem a esterilização directa do foco pelo tratamento do doente, como no paludismo e na syphilis.²¹³

Conforme o projeto de profilaxia da lepra de Lindemberg, a primeira medida seria a criação de um Instituto de Terapêutica Experimental da Lepra com um hospital, em anexo, na capital do país. Nesse Instituto seriam realizadas tanto as pesquisas para o aperfeiçoamento da terapêutica quanto a produção dos medicamentos necessário para o tratamento dos doentes em todo o país. Além deste Instituto central, deveriam ser criados em todos os Estados dispensários para o tratamento ambulatorial dos doentes com lepra.

Em seguida, o médico Parreiras Horta pediu a palavra com o intuito de parabenizar o novo integrante da casa por sua contribuição a um dos mais importantes problemas da medicina nacional. Este médico aproveitou para reforçar a sua crença na importância que o tratamento da lepra vinha assumindo na profilaxia da lepra. A esperança de cura seria um elemento central para o sucesso da campanha de combate à lepra, pois atrairia o doente para os locais de tratamento.

Dessa forma, o uso do óleo de chaulmoogra foi da observação clínica para o laboratório e, diante das experiências realizadas, podia-se dar um novo passo, indicando medidas mais eficientes de saúde pública. É interessante notar que o regulamento da Inspetoria realizado por Rabello vai seguir essas considerações feitas por Lindemberg. No entanto, como foi anteriormente mencionado, essa orientação vista como *mais liberal* vai sofrer sérias críticas nos anos posteriores.

Pesquisas como essa que procuravam verificar em laboratório a ação do óleo de chaulmoogra estavam sendo feitas no exterior, utilizando também o bacilo da tuberculose para driblar os limites impostos à pesquisa experimental pela impossibilidade de cultivo do

²¹³ Boletim da Academia Nacional de Medicina, sessão de 16 de setembro de 1920, p.556-574. P. 571 (grifos meus).

bacilo. O valor desses testes desenvolvidos por químicos e bacteriologistas nos laboratórios estava na possibilidade de atribuir um caráter científico ao tratamento, que para muitos teria deixado de ser empírico para tornar-se científico, com a associação dos resultados laboratoriais às observações clínicas.²¹⁴ Além disso, nas palavras de Otto Schöbl, membro do Philippine Leprosy Research Board, “*there are certain points in chaulmoogra therapy, disputed by clinical workers, which can be and have been decided by laboratory evidence.*”²¹⁵

A análise laboratorial podia explicar, por exemplo, a discrepância dos resultados clínicos com os derivados do chaulmoogra. Com este objetivo, o farmacêutico Rodolpho Abino Dias da Silva, em 1926, analisou os medicamentos a base de chaulmoograto de ethylio (ésteres etílicos dos ácidos graxos do óleo de chaulmoogra) existentes no mercado.

Apesar de muitos médicos serem grandes entusiastas dessa medicação, outros clínicos relatavam experiências fracassadas com o uso do mesmo produto, o que, segundo Rodolpho Albino, era devido a baixa qualidade desses preparados encontrados no mercado. As preparações apresentavam características muito diferentes entre si, o que levava aos distintos resultados obtidos pelos clínicos com a sua administração. A partir das análises realizadas, o farmacêutico observou que muitos dos preparados não possuíam as características esperadas, sendo ineficientes e, até mesmo, prejudiciais à saúde dos doentes. Para o autor:

*Sómente devem ser empregados os preparados que satisfaçam integralmente as exigencias da Pharmacopéia Americana, sobresahindo dentre estas as referentes á cor do producto, que deve ser no maximo amarella pallida, e ao seu poder rotatório específico, que não deve ser inferior a +44.5°*²¹⁶

²¹⁴ Segundo Granville A. Perkins e Aurelio O. Cruz., químicos do Philippine Health Service, “*the Discovery of chaulmoogric and hydnocarpic acids by Power, the successful clinical use of pure esters of these acids by Hollmann, Dean, and McDonald, and the bacteriological studies of Walker and Sweedney, have given a scientific basis to chaulmoogra therapy in a qualitative and preliminary way.*” Ver: Granville A. Perkins e Aurelio O. Cruz. ‘A comparative analytical study of various oils in the chaulmoogra group’. In: The Philippine Journal of Science. vol.23, dec.1923, no 6. P543-569.

²¹⁵ SCHÖBL, Otto. ‘Chemotherapeutic experiments with chaulmoogra and allied preparations’. In: The Philippine Journal of Science. vol.23, dec.1923, no 6. P.533-542.

²¹⁶ SILVA, Rodolpho Albino Dias da Silva. ‘O chaulmoograto de ethylio’. In: *Revista Brasileira de Medicina e Farmácia*, outubro-novembro de 1926. p. 399-400.p.400.

Como mostrarei a seguir, na década de 1920, muitas pesquisas foram realizadas nos Institutos de pesquisas do país com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre a ação terapêutica do óleo e de descobrir novos óleos extraídos de espécies nacionais que pudessem substituir o indiano.

3.2 Aclimação e classificação de novas espécies de chaulmoogras

Nosso país, que se lança com todas as suas forças à luta contra a lepra, precisa aproveitar ao máximo os meios que para isso lhe oferece a sua dadivosa natureza. Nos hórto botânicos de vários Estados, as chaulmúgras nativas ou alienígenas já se carregam ao pêso dos frutos que encerram as sementes benéficas. Mas importa multiplicar ao infinito o esforço até agora realizado e fazer com que muitos milhões de pés de chaulmúgras em estações experimentais espalhadas em toda a extensão da Pátria, se alinhem como exércitos, que são, na defesa do homem brasileiro. Dêsse homem que, expurgando do seu solo as endemias que o esterilizam e depauperam, deve surgir, no cenário do mundo, como o construtor dos seus próprios destinos.²¹⁷

Essa curiosa passagem, na qual é sinalizada a importância das chaulmoogras no combate nacional à doença, foi retirada do livro *As flacourtiaceas Antilepróticas*, ganhador do prêmio São Lucas da Academia Nacional de Medicina, em 1941, de Helena Possolo, química do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo.

Neste trecho fica bastante claro o significado dado por pesquisadores do período a uma campanha nacional de combate à lepra, através das possibilidades terapêuticas em voga no momento, como busquei demonstrar no capítulo anterior. No entanto, outro elemento, a “*dadivosa natureza*”, aparece como a solução do povo brasileiro para expurgar “*do seu solo as endemias que os esterilizam e depauperam*”.

Como Helena Possolo procura demonstrar em seu livro, muitas espécies ao redor do mundo foram classificadas como chaulmoogras, após a larga utilização da espécie indiana. Sendo assim, a autora descreve dois movimentos: a aclimação de chaulmoogras indianas em instituições de pesquisas, leprosários e jardins botânicos, em diferentes países; e o

²¹⁷ POSSOLO, Helena. *As flacourtiáceas antilepróticas*. São Paulo, s. e., 1945. p.192-195.(grifos meus)

estudo de outras espécies pertencentes à chamada *flora tropical* que pudessem ser classificadas como chaulmoogras.

Com o aumento dos investimentos destinados à pesquisa sobre a lepra no Brasil, desde a década de 1920, é possível perceber um grande empenho na aclimação das espécies indianas e na classificação e estudo de espécies brasileiras desse grupo.

No artigo '*Notas sobre a cultura da chaulmoogra indiana no Brasil*', Souza Araujo afirma que, em 1922, por ocasião da Exposição Internacional do 1º Centenário da Independência do Brasil, o Departamento de Agricultura do Governo dos Estados Unidos expôs algumas mudas de espécies de chaulmoogras indianas coletadas por J. P. Rock.

Logo após o fim da exposição, a muda de *Taraktogenos Kurzii* foi remetida para a Escola Superior de Agricultura e Veterinária de Viçosa, em Minas Gerais. O exemplar teria sido plantado, em 4 de janeiro de 1923, por P. H. Rolfs, que o chamava de o 'pé do centenário'. Para Rolfs, este deveria ser o mais velho pé dessa espécie existente na América do Sul.²¹⁸

Em 1924, nova remessa foi enviada pelo governo dos Estados Unidos por intermédio da embaixada brasileira à Souza Araujo, quando da inauguração da Lazaropolis do Prata, no Pará. O autor descreve a dificuldade que encontrou para aclimatar estas espécies, pois algumas não germinavam.

Souza Araújo refere-se a outras remessas de sementes feitas à ele pela Ernakulam Trading Co. - empresa que fornecia o óleo de chaulmoogra para o governo brasileiro - que foram distribuídas por várias instituições de agricultura e leprosários no Brasil, e para instituições na Argentina e no Paraguai²¹⁹.

O médico narra que, em 1936, foram recolhidos frutos de um dos pés de *Hydnocarpus Wightiana*, plantada no horto de Manguinhos em 1929, e entregues ao

²¹⁸ ARAUJO, H. C. de Souza. '*Nota sobre a cultura da Chaulmoogra Indiana no Brasil*'. In: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, fev.1937.p29-35.

²¹⁹ Segundo Araújo: *Em 1929 recebi do Ernakulam, Sul da Índia, gentilmente remetida por Ernakulam Trading Co., duas libras de sementes dessa última [Hydnocarpus Wightiana], com a informação de que eram 'germinativas'. Vieram acondicionadas em latas de carvão. Seleccionei dessas sementes 500, que plantei em canteiro especial no horto de Manguinhos. O restante distribuí entre a Escola de Agricultura de Viçosa e outras instituições congêneres. Das 500 sementes plantadas em Manguinhos obtive 31 mudas, 19 das quaes distribuí com varias instituições dos Estados. Restam, em Manguinhos, 12 pés, dos quaes 3, os maiores, no local onde nasceram, 2 mudados para o jardim da frente do Instituto e 7 plantados em redor da habitação do hortelão Amadeu.* Ver: ARAUJO, H. C. de Souza. '*Nota sobre a cultura da Chaulmoogra Indiana no Brasil*'. In: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, fev.1937.p29-35. P.30.

químico Humberto Cardoso, do Centro Internacional de Leprologia. A análise dos óleos extraídos destas sementes demonstrou que as constantes físico-químicas deste óleo eram praticamente as mesmas das amostras do óleo indiano.

Diante deste resultado, o cientista declarava:

Pelo exposto fica provado que as melhores espécies de chaulmoogra asiáticas, o *Taraktogenos Kurzii* e o *Hydnocarpus Wightiana* são cultiváveis entre nós, convindo, portanto, que o ministério da Agricultura mande fazer dellas plantaçon em grande escala.²²⁰

Além da aclimação de espécies indianas nos leprosários e institutos científicos brasileiros, pode-se perceber também a tentativa de substituição do uso desse óleo por outros extraídos de espécies nacionais.

Esse esforço não foi unicamente de brasileiros, árvores de diversas áreas da chamada *floresta tropical* foram estudadas. Sendo assim, o grupo das chamadas Chaulmoogras deixou de estar relacionado apenas às espécies indianas, sendo a ele incorporados novas espécies da África, da Ásia e da América do Sul.

Victor Heiser, na Conferência Americana de Lepra, em 1922, insistia na necessidade de se encontrar quantidades suficientes de óleo de chaulmoogra para a realização de campanhas nacionais de controle da doença, diante das experiências bem sucedidas de tratamento com os ésteres deste óleo no Havaí e nas Filipinas. Por essa razão, incitava os países ali representados à procurarem novas fontes de extração do óleo. Segundo ele,

El aceite extraído de la nuez del *Taraktogenos Kurzii* es el que promete ser más eficaz, pero hay otros aceites que pueden contener la substancia esencial que se requiere para el tratamiento de la lepra. Si fuese posible recoger aceite de árboles afines o de la misma variedad, no cabe duda de que se encontrarían químicos que podrían hacer el análisis necesario. (...) Em vista de la fortificante y alentadora perspectiva em cuanto al domínio de la lepra y del profundo interes que este asunto há despertado em todos los âmbitos del mundo civilizado, es lógico esperar

²²⁰ ARAUJO, H. C. de Souza. 'Nota sobre a cultura da Chaulmoogra Indiana no Brasil'. In: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, fev.1937.p29-35. P.32.

que todos los países ahora le hagan frente a este importantísimo problema, y que muy pronto asome la rosada aurora de um día venturoso para los lazarinos²²¹.

O médico norte-americano afirmava que as Filipinas possuíam árvores semelhantes às Chaulmoogras indianas e que a *Oficina de Investigaciones Científicas*, estabelecida em Manila, já estava fazendo a análise química dos óleos extraídos dessas espécies.

Em muitos artigos encontramos esta associação entre os recursos medicinais e os locais onde a lepra era endêmica. Como fez o farmacêutico Paulo Seabra em sua Conferência realizada na Semana da Lepra, que ocorreu no Rio de Janeiro, em outubro de 1929, chamando a atenção para:

... o curioso factó de existir sempre, em todas as regiões do orbe, flagelladas pela morphéa uma semente oleaginosa, da mesma família botânica e com idênticas características physico-químicas, que a suprema e secular sabedoria do empirismo elege como medicamento salvador.²²²

Em trabalhos, nacionais e estrangeiros, encontrei os seguintes mapas, com os quais podemos estabelecer uma relação entre os locais nos quais era alta a incidência de doentes com lepra e onde foram encontradas e classificadas novas espécies de Chaulmoogras.²²³

²²¹ HEISER, Victor, G. ‘ Tratamiento de los leprosos’. In: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS); 1 (2): 20-23, JUN.1922. Texto apresentado em Conferencia Americana de la Lepra, 1, Rio de Janeiro, de 8 a 15 de outubro de 1922. Retirado do site: [HTTP://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v1n2p20.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v1n2p20.pdf). (10/07/2007 às 17:20)

²²² ‘A phase de ouro de uma campanha’. In: Boletim da Federação das Sociedades de Assistência aos Lazáros e Defesa contra a Lepra. São Paulo, ano 1, no 8, 30 novembro de 1929. P.14

²²³ POSSOLO, Helena. As flacourtiáceas antilepróticas. São Paulo, s. e., 1945

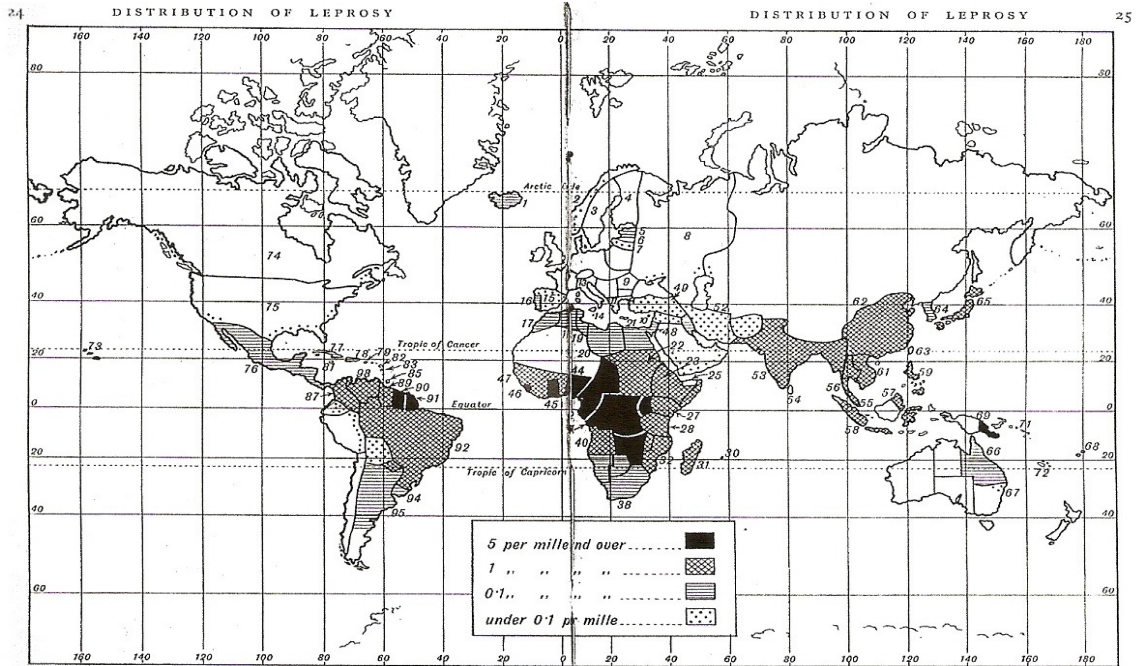
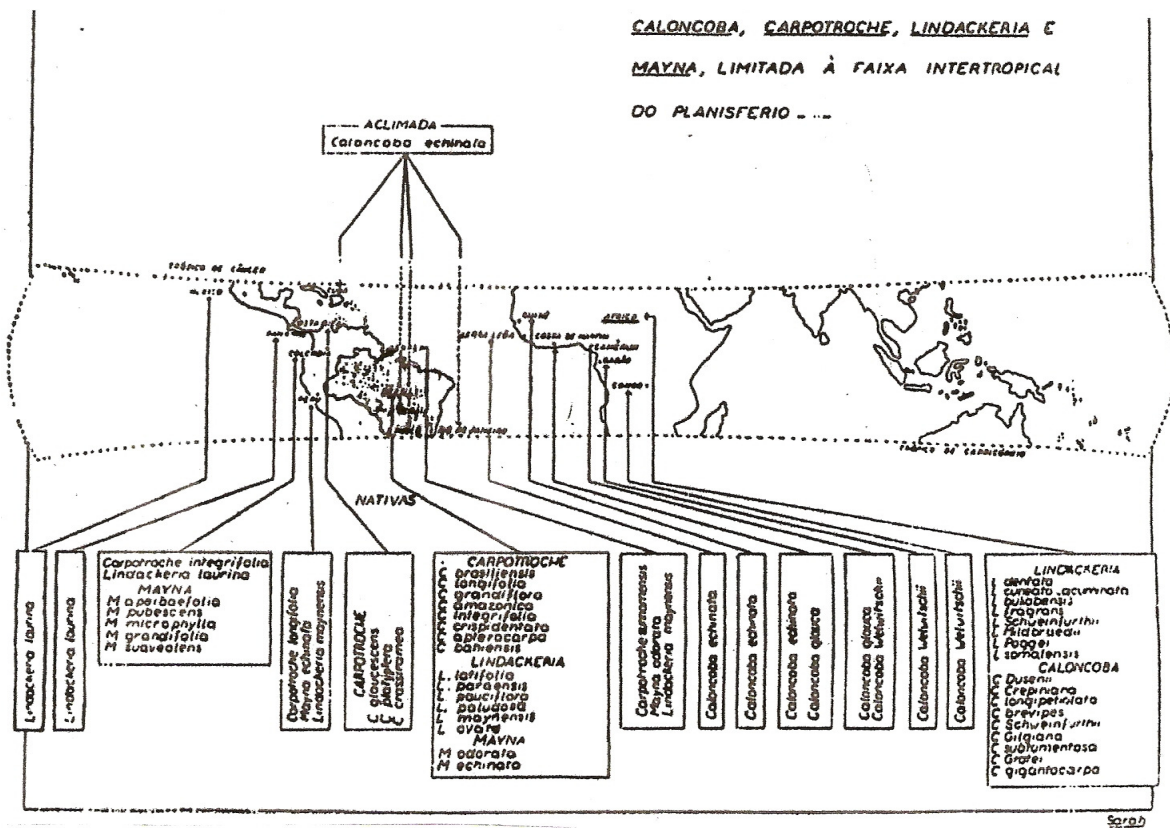


Fig. 1.—Sketch map to show the distribution of leprosy at its rates of incidence throughout the world. (See p. 24.)

Mapa 1 : Distribuição e incidência de doentes com lepra no mundo. (Muir, E. e Rogers, L. *Leprosy*. London, 1940, 2ª edição.p.24)



Mapa 2 : Distribuição das novas espécies de Chaulmoogras. (POSSOLO, H.. *As flacourtiáceas antilepróticas*. São Paulo, s. e., 1945.p.7)

Nas palavras de Helena Possolo:

Os nativos da Índia, Indochina, Malásia e África, já se medicavam com o óleo extraído de várias sementes; a mesma medicação era empregada pelos antigos habitantes do Brasil que encontravam no óleo das sementes de um vegetal da sua flora, alívio para o mal que os atacava. Todas essas plantas, provenientes de lugares diferentes e de continentes diversos eram entretanto localizadas no trópicos e pertenciam à mesma família botânica.²²⁴

Esta medicação citada por Possolo era o óleo extraído da sapucainha que, na década de 1920, foi classificada como a *Chaulmoogra* brasileira. Curiosamente, este não foi o primeiro momento no qual era analisado o óleo extraído desta árvore. Muito antes dessa data, quando ainda estavam sendo feitos os primeiros estudos com as *Chaulmoogra* indianas, um pesquisador alemão já havia analisado e comparado a árvore denominada popularmente sapucainha às espécies indianas. Theodoro Peckolt²²⁵, entre 1861 e 1869, analisou o óleo extraído das sementes da árvore *Carpotroche brasiliensis* e recomendou esse óleo como um sucedâneo do óleo extraído da *Chaulmoogra* indiana chamada cientificamente de *Taraktogenus kurzii*, que foi, durante muito tempo, considerada pelos cientistas a verdadeira *Chaulmoogra*, de onde consideravam extrair os melhores óleos.²²⁶ Em sua análise indicou a presença dos ácidos oleico, palmítico, carpotrochico, parpotrochinico e carpotrolenico, e também, de uma substância cristalizável chamada carpotrochina. Segundo seus estudos, os frutos eram usados pelos indígenas e pela

²²⁴ POSSOLO, Helena. 'As flacourtiaceas antiliproticas – resumo da memória laureada sob este título pela Academia Nacional de medicina com o premio S. Lucas, 1940.' In: Revista Brasileira de Farmácia, março de 1941, p10-13. p.10

²²⁵ Theodoro Peckolt (1822-1912), botânico e farmacêutico alemão, dedicou-se aos estudos das plantas medicinais brasileiras. Em meados do século XIX, mudou-se para o Rio de Janeiro, aonde abriu uma farmácia em Cantagalo, em 1851. Entre 1868 e 1912, Peckolt dirigiu o laboratório de química do Museu Nacional. Publicou diversos trabalhos entre eles: *Análise de matéria médica brasileira* (1868), *História das plantas alimentares e de gozo do Brasil* (1871) e *História das plantas medicinais e úteis do Brasil* (1888-1899). Seu filho Gustavo Peckolt e seu neto Waldemar Peckolt também desenvolveram trabalhos sobre as plantas medicinais brasileiras. Ver: SANTOS, Nadja Paraense dos. Theodoro Peckolt: a produção científica de um pioneiro da fitoquímica no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2005, vol.12, n.2 pp. 515-533; SANTOS, Nadja Paraense dos; PINTO, Angelo C. and ALENCASTRO, Ricardo Bicca de. Theodoro Peckolt: naturalista e farmacêutico do Brasil Imperial. *Quím. Nova* [online]. 1998, vol.21, n.5, pp. 666-670.

²²⁶ PECKOLT, Theodoro. *Analyses de materia medica brasileira: dos productos que foram premiados nas exposições nacionais e na exposição universal de Paris em 1867*. Rio de Janeiro, Eduardo & Henrique Laemmert, 1868.

população do interior como inseticida e a polpa, através de um processo de fermentação, era transformada em uma bebida gasosa.²²⁷

Temos também registro dessa planta na *Flora brasilienses* de Friedrich von Martius, na qual encontramos uma bela prancha do fruto dessa árvore que, a partir da década de 1920, ilustrou grande parte dos artigos referentes à sapucainha.



Prancha da espécie *Carpotroche brasiliensis*.

Flora brasiliensis Vol. XIII, Part I, Fasc. 55
Prancha 88 Publicado em 01-Out-1871.
Família *Bixaceae* Tribo *Bixeeae* Gênero
Carpotroche Endl. *Carpotroche*
brasiliensis Endl.

(<http://florabrasiliensis.cria.org.br/project>
no dia 6/4/2009 às 16:00)

²²⁷ PECKOLT, Theodoro. *Op. Cit.*

Contudo, como pode ser observado, o óleo desta Chaulmoogra brasileira só foi utilizado oficialmente na terapêutica da lepra, a partir da década de 1920, em um momento de maior credibilidade do óleo de chaulmoogra indiano na comunidade científica internacional como possível substância terapêutica da lepra, quando a doença passou a ser um problema fundamental para políticas de saúde pública no país e em um contexto de maior interesse de nossos pesquisadores nas possibilidades oferecidas pela flora nacional. Neste momento, as pesquisas de Peckolt foram retomadas e interpretadas como a origem da pesquisa científica sobre o óleo no país.

3.3 Pesquisas com as Flacourtiaceas nacionais: Comissão de Estudos de Terapêutica da Lepra

Na revista *A lavoura*, de 1926, em artigo intitulado ‘*A cura da lepra – plantas brasileiras sucedaneas da “chaulmoogra”*’, é relatada a conferência do botânico do Jardim Botânico do Rio de Janeiro, João Geraldo Kuhlmann²²⁸, de abril do mesmo ano, na primeira seção pública da Sociedade Nacional de Agricultura²²⁹.

Nessa conferência, Kuhlmann afirma que antes de partir para a Amazônia, em julho de 1923, na missão Norte-Americana de Estudos da Borracha, teria recebido da Diretoria do Jardim Botânico, mudas de chaulmoogras indianas doadas pelos Estados Unidos, que teriam figurado na Exposição Internacional por ocasião do Centenário da Independência do Brasil. Nas palavras do botânico:

Essa simples doação levantou em meu espírito a hypothese de que entre as Flacourtiaceas brasileiras era possível a existência de espécies cujo óleo poderia ter princípios análogos aos encontrados no óleo das espécies indianas.²³⁰

Sendo assim, buscou reunir um bom material destas espécies em sua viagem e no *Congresso dos óleos* que se realizou em novembro de 1924, percorreu sobre as flacourtiaceas brasileiras e suas semelhanças às chaulmoogras indianas, esperança do momento para o tratamento da lepra.

Segundo o botânico, o material que recolheu na Amazônia foi enviado ao Instituto Oswaldo Cruz, onde foi analisado por Carneiro Felipe e vinha dando bons resultados. Nas palavras de Kuhlmann:

Senhores a nossa ‘sapucainha’ se encontra ás portas da Capital da Republica e se estende atraves dos Estados de Minas, Espirito Santo, Bahia, até o Piauhy, não sendo necessário organizar um exercito, como

²²⁸ João Geraldo Kuhlmann (1882-1958) reconhecido botânico brasileiro que participou como auxiliar de Frederico Carlos Hoehne da Comissão de Linhas Telegráficas e Estratégicas do Mato Grosso ao Amazonas (Comissão Rondon). Em 1919, Kuhlmann torna-se botânico do Jardim Botânico do Rio de Janeiro, tendo sido seu diretor de 1944 a 1951. Ver: Jardim Botânico do Rio de Janeiro. *Boletim do Museu Botânico Kuhlmann*. Ano 6, no 3, jul./ago/set de 1983.p.28.

²²⁹ ‘A cura da lepra- plantas brasileiras sucedaneas da ‘chaulmoogra’” In: *A lavoura*, ano30, 1920, p138-142.

²³⁰ Idem, *ibidem*. p139.

aconteceu na Índia, para arrancar o segredo aos naturais e colher a preciosa semente.²³¹

Por essa razão, o botânico pedia aos poderes públicos e às organizações particulares que protegessem a cultura nacional e proibissem a destruição das espécies de flacourtiáceas brasileiras, como a sapucainha, do desmatamento e do uso comercial. Segundo ele,

Lembre-mos que, se de Havana houve um pedido de sementes de nossa sapucainha, esse não foi feito para obtê-las como simples curiosidade botânica nem tão somente para fazê-las figurar em algum mostruário carpológico! Que a nossa desídia ou desinteresse não vá ao ponto de mais tarde termos de importar a matéria prima ou elaborada de uma nossa planta autóctone e abundante até nas matas da nossa própria capital²³².

Kuhlmann chamava a atenção também para os problemas da importação do óleo da chaulmoogra indiana, não apenas pela questão econômica, mas no que dizia respeito à qualidade do óleo que se encontrava no mercado. A partir dos estudos realizados por Carneiro Felipe, no Instituto Oswaldo Cruz, afirmava que o óleo encontrado no mercado brasileiro tinha uma atividade óptica muito reduzida, o que tornava o produto inativo e pouco eficaz na cura da doença. Por estas razões, teria sido formada uma comissão, da qual ele fazia parte, para o estudo das flacourtiáceas brasileiras que pudessem ser utilizadas no tratamento da lepra.

Em artigo publicado no mesmo ano, o João Aguiar Pupo²³³ descrevia os objetivos e as atividades da dita comissão. Nas palavras do médico:

O preço elevadíssimo do óleo de procedência indiana e a dificuldade com que luta a nossa indústria farmacêutica para adquirir o chaulmoogra homogêneo e rico em princípios ativos, despertaram a nossa iniciativa para a solução do problema com os recursos inestimáveis da flora brasileira.²³⁴

²³¹ ‘A cura da lepra- plantas brasileiras sucedaneas da ‘chaulmoogra’’ In: A lavoura, ano30, 1920, p138-142.p142.

²³² Idem, ibidem, p.142.

²³³ Aguiar Pupo (1890-1980) foi professor de Clínica Dermatológica e Sifiligráfica na Faculdade de Medicina de São Paulo e chefe da Inspeção de Profilaxia da Lepra de São Paulo, em 1927.

²³⁴ PUPO, J. Aguiar. O óleo de chaulmoogra e as flacourtiáceas do Brasil. In: *Annaes brasileiros de dermatologia e syphilographia*. 1926:2(3) p.1-9.p. 1

Pupo, em seguida, afirma que tanto objetivos humanitários, quanto de ordem científica levaram ele e pesquisadores de outras instituições nacionais a um esforço conjunto para o estudo das flacourtiáceas do Brasil. O médico cita como colaboradores desta causa o botânico J. Geraldo Kulhmann, no momento funcionário do Instituto Oswaldo Cruz, o químico J. Carneiro Felipe e o bacteriologista Astrogildo Machado, do Instituto Oswaldo Cruz e agradece ao apoio de Alcides Godoy, vice-diretor do Instituto Oswaldo Cruz, e Pacheco leão, diretor do Jardim Botânico do Rio de Janeiro²³⁵.

Novas espécies da Índia, Ceilão, Indochina e Filipinas estavam sendo pesquisadas e analisadas quimicamente no estrangeiro, e orientados por estes estudos, os cientistas brasileiros buscavam agora reconhecer entre as Flacourtiaceas brasileiras àquelas que poderiam ser aproveitadas na prática terapêutica.

Retomando o trabalho do químico e naturalista Theodoro Peckolt, realizados entre 1866 e 1868, o médico afirmava que dentre os óleos extraídos das Flacourtiaceas brasileiras, o óleo da *Carpotroche brasiliensis*, ou sapucainha, destacava-se por suas propriedades *paraticidas*, reconhecidas pela população do interior. Esta espécie era encontrada nas matas do Rio de Janeiro (Corcovado, Copacabana e Fazenda Cantagalo), no Estado de Minas (Cachoeira do Inferno, Lagoa Santa), no Estado de Espírito Santo, Estado da Bahia e Estado do Piauí. No entanto, não apenas a sapucainha, mas diversas espécies de flacourtiaceas foram analisadas.

O material botânico para esta pesquisa foi classificado e fornecido por Kuhlmann do Jardim Botânico do Rio de Janeiro que havia recolhido em sua viagem à Amazônia e em expedições de coleta que realizou nas matas do Rio de Janeiro²³⁶. A análise química dos óleos foi feita por Carneiro Felipe, chefe da seção de química do Instituto Oswaldo Cruz. Pupo ficou responsável pelo teste clínico dos óleos no tratamento de pacientes com lepra. Apesar de não ter sido mencionado, acredito que o papel que cabia a Astrogildo Machado

²³⁵ PUPO, J. Aguiar. O óleo de chaulmoogra e as flacourtiáceas do Brasil. In: *Annaes brasileiros de dermatologia e syphilographia*. 1926:2(3) p.1-9.

²³⁶ Em outubro de 1925, o diretor do IOC enviou um comunicado ao chefe de polícia do Distrito Federal informando que o botânico dr. João Kuhlmann estava incumbido de percorrer campos e matas do Distrito Federal com o intuito de recolher exemplares da flora regional para estudo do instituto. ver: SAG/Minutas de ofícios, ofício 694, de 10 de outubro de 1925.

nesta investigação refere-se ao teste *in vitro* da ação destes óleos no crescimento de bacilos ácido-resistentes.²³⁷

Segundo Pupo, a fama popular da sapucainha como remédio da lepra foi confirmada pelas verificações científicas e constatou-se também a atividade óptica de outras espécies de flacourtiaceas existentes nas matas nacionais. No entanto, verificou-se que o Assacú (*Hura crepitans* L.) e a Guassatonga (*Casearias*), usadas também pela população para o tratamento da doença, não se filiavam à *Chaulmoogra* pela inatividade de seus óleos. Em sua conclusão afirma:

Além das 7 espécies estudadas quimicamente no Instituto Oswaldo Cruz restam ainda nos gêneros 'Carpotroche', 'Lindackeria' e 'Mayna', a verificação de mais quatro espécies brasileiras e onze de outras regiões tropicais da América, que em conjunto constituirão um total de vinte e duas espécies de Flacourtiaceas, cujos óleos pelo elevado poder dextrorrotatório de seus ácidos graxos nos dão precioso indicio para as verificações clínicas referentes ao seu emprego na lepra como sucedaneos da *Chaulmoogra* da Índia.²³⁸

Diante das pesquisas promissoras que estavam sendo encaminhadas sobre as novas espécies de chaulmoogras em diferentes centros de pesquisa do mundo, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas fez um acordo com o Instituto Oswaldo Cruz para o preparo dos ésteres extraídos dos óleos das plantas medicinais do Brasil. Provavelmente, a comissão anteriormente citada foi criada para suprir essa recomendação da Inspetoria. Muitas plantas foram estudadas com o intuito de serem usadas no tratamento da lepra, entretanto, destacou-se a sapucainha (*Carpotroche brasiliensis*). Os trabalhos da dita comissão podem ser acompanhados na leitura dos relatórios de atividade do Instituto Oswaldo Cruz, nos quais ela é chamada de *Comissão de Estudos de Terapêutica da Lepra*.

²³⁷ Como demonstrei anteriormente, essa pesquisa era feita para a avaliação da ação terapêutica do óleo de chaulmoogra, já que não era possível realizar o teste *in vitro* com o bacilo da lepra, não cultivável.

²³⁸ PUPO, J. Aguiar. O óleo de chaulmoogra e as flacourtiaceas do Brasil. In: *Annaes brasileiros de dermatologia e syphilographia*. 1926:2(3) p.1-9.p.9

Desde 1924, o IOC vinha produzindo ésteres de chaulmoogras na Seção de Química Aplicada, que eram fornecidos para outras seções do Instituto, para o Departamento Nacional de Saúde Pública e para o comércio²³⁹.

No relatório de 1925, vemos que a Seção de Química, além de preparar 38.330 c.c. de *ésteres de chaulmoogra*, realizou também o exame de óleos vegetais de 46 espécies botânicas brasileiras que poderiam ser aplicados no tratamento da lepra.²⁴⁰ Dentre as espécies estudadas foram incluídas também algumas espécies chilenas do gênero *Azara*, pertencente a família das *Flacourtiaceas*, que foram solicitadas pelo Instituto, por intermédio do Ministério das Relações exteriores, ao governo do Chile.²⁴¹

No relatório de 1926, já podemos encontrar na pauta dos produtos preparados pela Seção de Química os preparados à base do óleo de sapucainha: 2.000cc de *óleo de carpotroche* e 2.000c.c. de *ésteres do mesmo óleo*.²⁴² Pode-se notar que o óleo da sapucainha e seus derivados passaram a ser produzidos pelo Instituto, sendo fornecidos ao comércio e aos serviços públicos brasileiros. Os derivados do óleo de sapucainha foram uns dos últimos preparados chaulmoogricos que deixaram de ser produzidos pelo IOC, na década de 1950.²⁴³

Na década de 1930, com a criação do Centro Internacional de Leprologia – uma cooperação da Sociedade das Nações e do governo brasileiro, com o apoio financeiro de Guilherme Guinle – pode-se perceber um crescimento no número de pesquisas sobre as chaulmoogras, inclusive, sobre a sapucainha, já que uma das motivações desse Centro dizia respeito aos estudos terapêuticos.

²³⁹ Instituto Oswaldo Cruz. *Relatório das atividades realizadas no ano de 1924*. Rio de Janeiro: IOC, 1924.

²⁴⁰ Instituto Oswaldo Cruz. *Relatório das atividades realizadas no ano de 1925*. Rio de Janeiro: IOC, 1925.

²⁴¹ SAG/ Minutas de ofícios, ofícios, 767, de 16 de novembro de 1925.

²⁴² Instituto Oswaldo Cruz. *Relatório das atividades realizadas no ano de 1926*. Rio de Janeiro: IOC, 1926.

²⁴³ Ver: SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; SIANI, Antonio Carlos. “O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica.” *Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2008.

Em carta a Rocha Lima, Bernhard Nocht, informando sobre o convite do Comitê de Higiene da Liga das Nações para que colaborasse na fundação desse Centro, ressaltava:

Acredito e espero que esteja claro para todos aí no Rio que não se deve esperar para logo, a partir das atividades desse instituto de pesquisa, resultados brilhantes ou surpreendentes, e que seria uma sorte inaudita – como um grande prêmio de loteria – se logo este instituto estiver destinado a ultrapassar as barreiras intransponíveis que até agora, infelizmente, se apresentaram em todos os trabalhos dessa natureza, no campo da pesquisa laboratorial. Mas tudo o que é novo tem que ser testado. Só isso já constitui uma grande quantidade de trabalho. Atualmente as maiores esperanças estão na terapia, não no âmbito da quimioterapia, mas sim na continuidade da pesquisa do antigo método da terapia com óleo de chalmugra.²⁴⁴

Com este objetivo, o pesquisador americano Howard Irving Cole, químico-chefe do Cullion Leper Colony, veio integrar a equipe do Centro, por intermédio da Liga das Nações, produzindo diversos trabalhos sobre o óleo de chaulmoogra e seus derivados em colaboração com Humberto Teixeira Cardoso, pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz.²⁴⁵

²⁴⁴ Carta de Bernhard Nocht a Henrique da Rocha Lima, Hamburgo, 24 de junho de 1931, Fundo Rocha Lima do Centro de Memória do Instituto Biológico de São Paulo. Tradução de Miriam Junghans. Agradeço a André Felipe Cândido da Silva pela indicação e disponibilização dessa fonte.

²⁴⁵ COLE, I. H. E CARDOSO, H. T. 'Purification and Esterification of Chaulmoogra Oils'. In: *Int. Jour. Lep.*, 1936; COLE, I. H. E CARDOSO, H. T. 'Hydnocarpic and chaulmoogric acids and ethyl esters.' In: *J. Am. Chem. Soc.*, 1937; COLE, I. H. E CARDOSO, H. T. 'Analysis of Chaulmoogra oils - I. *Carpotroche brasiliensis* (Sapucainha) oil' In: *J. Am. Chem. Soc.*, march, 1938, p.614-617; COLE, I. H. E CARDOSO, H. T. 'Analysis of Chaulmoogra oils - II. *O. Echinata* oil' In: *J. Am. Chem. Soc.*, march, 1938; COLE, I. H. E CARDOSO, H. T. 'Analysis of Chaulmoogra oils - III. *H. Wightiana* oil' In: *J. Am. Chem. Soc.*, 1939; COLE, I. H. E CARDOSO, H. T. 'A descoberta de novos ácidos graxos ativos no óleo de chalmugra'. In: *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*.34(3), out. 1939; CARDOSO, H. T. 'Observações sobre os novos ácidos da série chaulmúgrica'. In: *Acta Medica*, novembro de 1940;

3.4 Em defesa da flora nacional: divulgação da sapucainha

As pesquisas realizadas em institutos nacionais sobre as possibilidades terapêuticas do óleo da sapucainha, a partir da década de 1920, coincidiam com um profundo interesse dos cientistas brasileiros pela natureza nacional. Em revistas como *Chácaras e Quintaes*, *A lavoura*, *Tribuna farmacêutica*, *Revista da Flora Medicinal*, *Revista de Química e Farmácia*, nas quais encontrei muitos artigos sobre a chaulmoogra brasileira, pude observar debates sobre os riscos dos desmatamentos, a importância das florestas, da flora e da fauna nacional e um esforço de sistematização dos recursos naturais do país, principalmente, no que diz respeito às substâncias medicinais.²⁴⁶

Exatamente nesse período, em novembro de 1926, foi oficializada pelo Governo Federal a primeira *Pharmacopeia dos Estados Unidos do Brasil*, escrita pelo farmacêutico Rodolpho Albino Dias da Silva. Nessa farmacopéia, que se tornou obrigatória em agosto de 1929, já aparecia o óleo de sapucainha como uma das substâncias medicinais nacionais.²⁴⁷

Entre as décadas de 1920 a 1940, muitos artigos foram escritos sobre a sapucainha, nos quais era defendida a utilização do óleo extraído de suas sementes no tratamento da lepra como substituto do óleo de chaulmoogra indiano, diminuindo assim, as despesas do governo brasileiro com a dificuldade de aclimação de espécies indianas e os gastos na importação do óleo. Em alguns artigos afirmava-se até que da espécie brasileira podia-se obter mais frutos e mais óleo, sendo esse de melhor qualidade do que o óleo da espécie indiana.²⁴⁸

²⁴⁶ Sobre o esforço de preservação da natureza brasileira e de construção de uma identidade nacional com base nas riquezas do país. Ver: DRUMMOND, José Augusto; FRANCO, José Luiz de Andrade. 'Preocupações com a Proteção à Natureza e com o Uso dos Recursos Naturais na Primeira República Brasileira.' In: *Textos de História* (Revista da Pós-Graduação em História da Unb / Dossiê História Atlântica), Vol.12, no ½, 2004, p145-165; DRUMMOND, José Augusto; FRANCO, José Luiz de Andrade. 'Alberto José Sampaio: um botânico brasileiro e o seu programa de proteção à natureza. In: *Varia História*, Belo Horizonte, v. 33, 2005, p. 29-159.

²⁴⁷ SILVA, Rodolpho Albino Dias da. *Pharmacopéia dos Estados Unidos do Brasil*. São Paulo, Cia. Ed. Nacional, 1929.

²⁴⁸ Segundo Kuhlmann: "...tendo notícias recentes colhidas com o prof. Emmerich da Escola Superior de Agricultura de Viçosa, o óleo obtido de sementes frescas da *C. brasiliensis* seria melhor que o da própria 'chaulmoogra'". (Ver: KUHLMANN, J.G. 'Apreciações sistemáticas sobre os frutos do gênero 'carpotroche''. Anais da primeira Reunião Sul-Americana de Botânica, vol.3. 1938, p.93-96.p.95); Segundo Waldemar Peckolt: *Em 1869, foi este óleo ensaiado no tratamento da lepra (morphéa, mal de S. Lazaro), como succedaneo do óleo essencial de chaulmougra, da Gynocardia odorata, devido ao preço excessivo deste,*

Encontrei um grande número de artigos que incentivavam o uso do óleo da sapucainha na revista de divulgação científica *Chacaras & Quintaes*.²⁴⁹ Em 1942, fazendo um levantamento do que já tinha sido publicado na revista sobre o assunto, afirmava-se: “*É da cultura desta nossa erva que mais cuidou a nossa revista, justamente pelo fato de ser nossa; para nós tudo o que é brasileiro é que tem mais valor.*”²⁵⁰

Era esse espírito patriótico que imperava nos artigos de divulgação científica sobre o assunto, nos quais estavam omitidos todos os debates e controvérsias do período a respeito do papel da prática terapêutica na profilaxia da lepra e do real valor dos preparados chaulmoogricos para a obtenção da tão desejada cura dos pacientes. Nas palavras de um dos correspondentes da revista, Álvaro da Silveira:

Como vimos, também o *Carpotroche brasiliensis* produz óleo semelhante ao da chaulmugra; é preciso, porém, que se desenvolvam esforços para se completarem as experiências. Vemos que lutando com uma série de dificuldades de toda a sorte, há repartições nos Estados Unidos que estão estudando com afinco esta questão; aqui, entretanto, com as sementes à porta e com a morfêa por toda a parte, nada se faz. Espera-se que o trabalho estrangeiro venha só com seu esforço, combater um mal que se alastra assustadoramente entre nós.(...)

A instituição de leprosários já não representa hoje a única medida de combate à lepra, uma vez que mais importante é desenvolver esforços para a cura da moléstia, acompanhando o movimento que então surge como verdadeira esperança de redenção.²⁵¹

tendo conseguido resultados tão brilhantes e ainda mais rápidos, do que o de Chaulmougra. (Ver: PECKOLT, Waldemar. ‘A morfêa e o CANUDO DE PITO, *Carpotroche brasiliensis*, Endl.’. In: *Chacaras e Quintaes*. São Paulo, 30(1):21-2, julho, 1924, p.21-23. P23); Em outro artigo afirma-se que a Sapucainha demoraria apenas 4 anos para dar frutos e que a espécie, *Taraktogens kurzii*, levaria 6 anos. (Ver: ROTHE, Otto e SURERUS, Detlef. “Reconhecimento do ácido chaulmugrico no óleo de ‘*Carpotroche brasiliensis*’”. In: *Revista da Sociedade Brasileira de Química*, Rio de Janeiro, 2(8):358-64, julho de 1931.)

²⁴⁹ Em sua tese de doutorado, Wanda Weltman analisa essa revista agrícola *Chácaras & Quintaes*, buscando refletir sobre as práticas de divulgação científica desenvolvidas por cientistas pertencentes a instituições brasileiras de ensino e pesquisa nas áreas de agronomia, ciências biomédicas e biológicas. Ver: WELTMAN, Wanda Latmann. *A educação do Jeca: ciência, divulgação científica e agropecuária na Revista Chácaras e Quintais (1909-1948)*. (Orientadora: Dra Nísia Trindade Lima. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2008.

²⁵⁰ ‘As plantas que curam a morfêa’ In: *Chacaras e Quintaes*, no 65, 15 de fevereiro de 1942.p. 219-220.

²⁵¹ SILVEIRA, Alvaro da. ‘A sapucainha e a lepra’ In: *Chacaras e Quintaes*. São Paulo, 67(1):76-7, janeiro 1943.p.77 (grifos meus). Reprodução de artigo publicado, em 1925, na mesma revista.

Constantemente acusava-se a população de ‘falta de brasilidade’ por não valorizar sua flora nacional e preferir os produtos importados. Um exemplo disso é o artigo “*Para curar a morphêa vamos cultivar plantas estrangeiras como a CHAULMOOGRA; os cubanos porém, para o mesmo fim querem cultivar uma planta genuinamente brasileira, o CANUDO DE PITO*” de Gustavo Edwall. Nesse artigo, o autor assinala que, curiosamente, o governo de Cuba tinha encomendado do Brasil sementes de *Carpotroche brasiliensis*, pois haviam constatado que o óleo dessa espécie era tão eficiente quanto o derivado da planta indiana, enquanto o governo brasileiro arcava com o problema da dificuldade de aclimação das plantas ou com os altos gastos para a importação do óleo.²⁵²

Segundo Waldemar Peckolt, seu pai, Gustavo Peckolt, preparava em seu laboratório algumas fórmulas que se achavam legalmente registradas, como o *oleo de carpotroche composto* e a *pomada de carpotroche*, usadas no tratamento da lepra ou de outras doenças da pele.²⁵³ Eduardo Rabello e Antenor Machado, segundo o autor, estariam entusiasmados com o sucesso que o *óleo de carpotroche composto* estaria tendo no tratamento de diversas doenças de pele, como eczemas, lúpus, acne, herpes, lepra etc. No entanto, afirma:

Porém, como é producto brasileiro, feito e extrahido de planta nossa, pouco conhecimento e divulgação têm entre os brasileiros, que infelizmente, só procuram o que nos vem do estrangeiro, com rótulos berrantes e letreiros espalhafatosos.²⁵⁴

Nestes artigos a sapucainha era apontada como a solução nacional para o grave problema de saúde pública que a lepra representava e, por essa razão, era necessária a divulgação das qualidades terapêuticas do óleo e o incentivo ao cultivo extensivo da árvore

²⁵² EDWALL, Gustavo. ‘Para curar a morphêa vamos cultivar plantas estrangeiras como a CHAULMOOGRA; os cubanos porém, para o mesmo fim querem cultivar uma planta genuinamente brasileira, o CANUDO DE PITO’. *Chacaras e Quintaes*, 15 de Abril de 1924.

²⁵³ Gustavo Peckolt era filho e Waldemar Peckolt era neto de Theodoro Peckolt, químico alemão que analisou a sapucainha em meados do século XIX. Sobre farmácia da família Peckolt ver: SANTOS, Nadja Paraense dos. Theodoro Peckolt: a produção científica de um pioneiro da fitoquímica no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2005, vol.12, n.2 pp. 515-533; SANTOS, Nadja Paraense dos; PINTO, Angelo C. and ALENCASTRO, Ricardo Bicca de. Theodoro Peckolt: naturalista e farmacêutico do Brasil Imperial. *Quím. Nova* [online]. 1998, vol.21, n.5, pp. 666-670.

²⁵⁴ PECKOLT, Waldemar. ‘A morphêa e o CANUDO DE PITO, *Carpotroche brasiliensis*, Endl.’. In: *Chacaras e Quintaes*. São Paulo, 30(1):21-2, julho, 1924, p.21-23.p.23.

para que fosse possível substituir o óleo importado pelo brasileiro. Em 1930, Kuhlmann constatava:

Elle [o óleo de sapucainha] tem qualidades edenticas ao oleo obtido do Taraktogenos Kurzii, considerado actualmente como o melhor ‘chaulmoogra’ e, a única razão que se achou entre nós, para não o sustituir por este, é a de que o seu custo é mais elevado! Realmente o kilo de oleo bruto de ‘chaulmoogra’ fica mais barato do que o kilo de sementes da ‘sapucainha’, isso unicamente pela escassez das sementes dessa ultima, nos mercados da Capital da Republica.

No entretanto se houvesse uma propaganda intelligente e se fosse bem conhecida a época exacta do amadurecimneto dos fructos em todas as localidades por onde a mesma está esparsa, seria fácil obter a matéria prima em condições mais vantajosas do que o material que nos vem das ilhas Philippinas.²⁵⁵

O autor afirmava que no mercado do Rio já se encontravam à venda dois produtos do óleo de sapucainha, o ‘*Carpotran*’ (Karpotran) e o ‘*Carpotreno*’ (Karpotreno). Além disso, o Instituto Oswaldo Cruz já tinha preparado também um óleo puro de sapucainha que foi dado o nome “*Oleum carpotroches*” destinado aos trabalhos experimentais de Aguiar Pupo, diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo. No entanto, para que se pudesse produzir mais preparados à base do óleo da sapucainha era necessário criar plantações da *bendita* árvore, como o autor relata que tinha sido feito no Distrito Federal:

Como consequencia da propaganda que se tem feito da ‘sapucainha’, surgiu a idéia de sua cultura experimental levada a effeito pelo ilustre Diretor do Serviço Florestal do Brasil, e o acto inicial do plantio, teve o bafejo offical com o comparecimento do Ministro da Agricultura, que inaugurou a solenidade, plantando uma vigurosa mudinha.²⁵⁶

Outro interessante artigo que faz menção à necessidade de plantação de sapucainha foi publicado, em 1932, na mesma revista, com o título ‘*A cultura da sapucainha – nova fonte de riqueza para o estado de Minas*’. O objetivo do artigo era demonstrar que o plantio

²⁵⁵ KUHLMANN, J. G. “A ‘sapucainha’, carpotroche brasiliensis”. In: Chacaras e Quintaes. Vol42, 1930. P. 633-636.p.635.

²⁵⁶ KUHLMANN, J. G. Op. cit. p.635.

de sapucainha era um lucrativo negócio que já estava sendo realizado em Minas Gerais. Segundo o autor, graças aos estudos feitos por Rolfs, em Viçosa, era possível afirmar que a cultura dessa planta não era de difícil realização e que seria muito vantajoso do ponto de vista filantrópico, patriótico e econômico, o cultivo de extensas áreas com esta espécie. Em vez da exploração primária, ou seja, da coleta das sementes nas matas, o autor afirma que deveriam ser estabelecidos viveiros extensivos para a produção de mudas enxertadas de sapucainha, o que iria diminuir os custos da atividade de extração do óleo. Sendo uma espécie nativa, era facilmente cultivável e, assim, não se perdia tempo e recursos na aclimatação. Nas palavras do autor:

Sim, realmente, a Sapucainha precisa, deve ser disseminada. A nossa honra, o nosso patriotismo o exigem. Os leprologos descobriram que o óleo de certas plantas, pertencentes á família das Flacourtiaceas, é capaz de servir como remédio específico da lepra. Procurou-se, em todo o mundo, descobrir então espécies de flacourtiaceas capazes desse milagre, por que anseiam milhares e milhares de desgraçados em toda a Terra. E no coração do Brasil ali está a Sapucainha, á espera de que a tomemos para essa caridade.²⁵⁷

No entanto, observa-se que esta completa substituição, tão desejada pelos *patrióticos cientistas*, não ocorreu de fato e o óleo de chaulmoogra indiano continuou a ser encomendado pelos Institutos de pesquisas. Tanto os preparados importados à base do óleo, quanto com os preparados à base do óleo da sapucainha, eram encontrados nos mercados e utilizados pelos serviços de controle da doença. Estes preparados importados faziam intensa propaganda nas revistas especializadas, como era o caso do Antilebrol da Bayer.²⁵⁸

²⁵⁷ Antonil, J. André. ‘ A cultura da sapucainha – nova fonte de riqueza para o estado de Minas’. In: *Chacaras e Quintaes*. Vol.45, n 6, 15 de junho de 1932.p733-4.p733.

²⁵⁸ Ver propaganda do Antilebrol da Bayer na página 40.

3.5 Do empirismo à investigação científica: significados da análise do óleo de sapucainha

Em artigo de 1935, C. H. Liberalli procura fazer uma história das investigações sobre o óleo de sapucainha no Brasil, definindo as principais pesquisas que teriam retirado o uso desse óleo do empirismo. Nas palavras do autor:

A sapucainha, um dos mais valiosos representantes da nossa matéria médica vegetal, já foi objeto de estudos químicos, no Brasil, por parte de personalidades de vulto científico de Rodolpho Albino Dias da Silva, J. Carneiro Felipe, J. C. Del Vecchio, Antenor Machado e Otto Rothe, sem falar no iniciador que foi Theodoro Peckolt. No campo terapêutico, Pio Correia, Gustavo Riedel, Eduardo Rabelo, Belmiro Valverde, Fernando Terra, Paulo Seabra, Aguiar Pupo e Antenor Machado, entre tantos outros, divulgaram largamente as virtudes do ‘canodo de pito’, hoje equiparado, como veremos, á lendária e exótica chaulmugra.²⁵⁹

No entanto, Liberalli sublinha a importância do estudo de Peckolt, pois teria sido a primeira análise química de um óleo do grupo chaulmoogrico. Nos artigos dos pesquisadores brasileiros vemos frequentemente essa referência, pois a análise de Peckolt, segundo os autores, teria sido feita 13 anos antes que os ingleses a realizassem em uma Chaulmoogra indiana.²⁶⁰ Por isso, os estudos de Peckolt são referidos pela química Helena Possolo como uma comprovação do valor dos *estudos nacionais* para o combate “a um de nossos maiores flagelos”. Nas palavras da autora:

A prioridade da preparação dos ácidos gordurosos num óleo chaulmúgrico reverte assim a um trabalho nacional, porque, PECKOLT, embora alemão de origem, realizou-o no Brasil, onde viveu e se radicou definitivamente, deixando ilustre descendência, empenhada como o seu antepassado no estudo da matéria médica vegetal brasileira.(**)

²⁵⁹ LIBERALLI, C. H. ‘Histórico das investigações sobre o óleo de sapucainha – (a propósito de um trabalho de J. R. T. Teixeira Leite)’. In: *Revista de Química e Farmácia*, Rio de Janeiro, 1(6):122-4, dezembro de 1935, p.122.

²⁶⁰ POSSOLO, Helena. ‘As flacourtiaceas antiliproticas – resumo da memória laureada sob este título pela Academia Nacional de medicina com o premio S. Lucas, 1940.’ In: *Revista Brasileira de Farmácia*, março de 1941, p10-13.

(**)Gustavo peckolt, seu filho; Waldemar e Oswaldo Peckolt, seus netos. Todos autores de trabalhos de, mérito sobre a nossa flora.²⁶¹

O segundo estudo do óleo que Liberalli sublinha como marco importante teria sido feito pelo farmacêutico Antenor Machado. Em abril de 1926, na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, Machado realizou uma conferência sobre os ácidos graxos do óleo da sapucainha, na qual confirmou as linhas gerais do trabalho de Peckolt, informando ter encontrado os mesmos ácidos obtidos, anteriormente, pelo pesquisador alemão.

No entanto, Liberalli afirma que o esclarecimento definitivo da composição do óleo extraído da sapucainha foi feito por Rodolpho Albino Dias da Silva²⁶². Os resultados de seus estudos foram publicados na Revista Brasileira de Medicina e Farmácia, em 1926, quando ele apresenta um minucioso estudo da planta e do óleo extraído das sementes da sapucainha, questionando muito dos resultados de Peckolt e de Machado.

O autor recuperou os trabalhos realizados com o óleo de chaulmoogra indiano com o intuito de repetir essas experiências com o óleo de sapucainha, podendo, assim, verificar a identidade análoga ou não da composição química destes dois óleos.²⁶³

Rodolpho Albino apropriou-se de métodos vistos como mais modernos do que os utilizados por Peckolt e Machado e definiu a identidade dos ácidos ativos do óleo de sapucainha, comprovando a semelhança dos ditos óleos. A partir da comprovação da existência dos mesmos ácidos nos dois óleos, era possível afirmar que esses poderiam substituir-se no tratamento da lepra.

Tendo em mãos estes resultados, estabelecidos conforme determinavam os mais recentes trabalhos na área, o autor procurou avaliar as pesquisas anteriormente feitas com a sapucainha, apontando contradições e incorreções.

²⁶¹ Em seguida, a autora cita muitos *trabalhos nacionais* que considera importantes para o “*aperfeiçoamento do arsenal terapêutico antileprótico*”, realizados por Paulo Seabra, J. Carvalho Del Vecchio, Rodolpho Albino Dias da Silva, Antenor Machado, Aguiar Pupo, Souza Araujo e outros. Ver: POSSOLO, Helena. *As flacourtiáceas antilepróticas*. São Paulo, s. e., 1945. p.192-195.p.4.

²⁶² Rodolpho Albino Dias da Silva (1889-1931), reconhecido farmacêutico e autor da primeira Farmacopéia Brasileira, foi um dos fundadores da Associação Brasileira de Farmacêuticos e redator-chefe do “Boletim da Associação Brasileira de Pharmaceuticos”.

²⁶³ Primeiro trabalho completo sobre a constituição do óleo foi feito por Frederick B. Power e seus colaboradores em 1904, quando determinaram as fórmulas dos ácidos hydnocarpus e chaulmoogrico. A partir desse estudo, muitos pesquisadores isolaram estes ácidos de óleos extraídos de outras flacourtiáceas, como foi o caso de Goulding e Akers que analisaram o óleo extraído da *Caloncoba echinata*, espécie africana de Serra Leoa, em 1913.

Na conclusão do artigo, o autor *traduz* a pesquisa de Peckolt - resultado de sua *technica defeituosa* - para os novos padrões e conhecimentos do momento, aproximando as recentes análises do óleo indiano com a análise do óleo da sapucainha:

Todos os ácidos, pois, obtidos por Peckolt, com exceção apenas do carpothochico (que não parece ter existência real) não são mais do que misturas, em proporções variáveis, dos vários ácidos existentes no óleo de sapucainha, em que predominam os ácidos chaulmoogrico e hydnocarpico, aos quaes deve o óleo a sua acção específica contra os bacillos acido-resistentes.²⁶⁴

Quando Peckolt analisou o óleo, ele isolou o que chamou de ácidos oléico, palmítico, carpotrochínico, ácido carpotróchico e carpotrolênico e uma substância cristalizável que ele nomeou de carpotrochina²⁶⁵. No entanto, estas definições não eram comparáveis aos estudos que estavam sendo feitos com o óleo das chaulmoogras indianas.

O objetivo do estudo de Rodolpho Albino, como foi visto, era aproximar os dois óleos, a partir da definição dos componentes químicos do óleo de sapucainha que pudessem ser comparados aos da chaulmoogra indiana. Assim, o valor dessa pesquisa foi traduzir para as técnicas e terminologias do período a pesquisa de Peckolt, realizada em meados do século XIX e encarada pelos cientistas brasileiros como a origem da pesquisa científica do grupo chaulmoogrico.

A experiência de Albino foi considerada por Liberalli como a comprovação de que a sapucainha era do grupo Chaulmoogra e que, portanto, tinha valor, evidenciado cientificamente, no tratamento da lepra.

Liberalli conta que, desde 1911, o médico e botânico Pio Correia teria divulgado a ação parasiticida e antileprotica da sapucainha, mas este emprego era empírico. No entanto, “...este empirismo, aliás tão justificável, foi desaparecendo com as sucessivas aquisições e,

²⁶⁴ SILVA, Rodolpho Albino Dias da. ‘Sapucainha’. In *Revista Brasileira de Medicina e Farmácia*, outubro-novembro de 1926. p 627-646.p.640

²⁶⁵ PECKOLT, Theodoro. *Analyses de materia medica brasileira: dos productos que foram premiados nas exposições nacionais e na exposição universal de Paris em 1867*. Rio de Janeiro, Eduardo & Henrique Laemmert, 1868.

atualmente, tanto fundamento científico existe para o uso do óleo de carpotroche como para os de chalmugra.”²⁶⁶

Finaliza com uma boa dose de nacionalismo tão presente nos artigo em que se defendia a utilização da sapucainha: “...os trabalhos decisivos que levaram o óleo de carpotroche, do empirismo mais grosseiro até o mesmo nível de conhecimento científico dos de chalmugra, foram todos feitos no Brasil, por brasileiros”²⁶⁷.

Como procurei demonstrar, pertencer às chamadas *zonas tropicais* do planeta podia trazer certo desconforto aos brasileiros, diante da comunidade internacional, pela incidência de leproso no país, entretanto, defendia-se que a solução para tal problema poderia ser encontrada, através da ciência, na própria *natureza tropical* do Brasil.

²⁶⁶ LIBERALLI.C.H. ‘Histórico das investigações sobre o óleo de sapucainha – (a propósito de um trabalho de J. R. T. Teixeira Leite)’. In: *Revista de Química e Farmácia*, Rio de Janeiro, 1(6):122-4, dezembro de 1935.p.123.

²⁶⁷ LIBERALLI.C.H. Op. cit. p.124.

3.6 Outra etapa da *tradução científica* das Chaulmoogras

É interessante perceber que essas pesquisas com a sapucainha denotam outro momento da *tradução científica*, anteriormente mencionada, do óleo de Chaulmoogra. Como afirmei no primeiro capítulo, foi a partir da utilização de um óleo extraído de uma espécie da dita *flora tropical*, conhecida e utilizada por tradições de cura estranhas ao europeu, que esse procurou encontrar o tratamento de uma doença que assolava, principalmente, suas colônias das ditas *regiões tropicais*. Pode-se perceber nesse caso, um processo de *tradução científica*, no qual as Chaulmoogras passaram do tratamento de doenças de pele pelas das medicinas tradicionais indianas para a medicina ocidental no combate à lepra.

O uso do óleo de chaulmoogra foi muito modificado, a partir dos objetivos dos pesquisadores e de suas técnicas e formas de pensar a terapêutica no momento. Neste sentido, vemos a restrição do uso desse óleo para o tratamento de apenas uma doença, a lepra, não tendo sido encontradas documentações significativas de esforços para a produção de medicamentos para o tratamento da tuberculose – já que assim como o bacilo da lepra é causada por um bacilo álcool-acido-resistente - nem para o tratamento de outras doenças de pele, como era utilizado pelos indianos. Outro movimento interessante é a restrição ao uso de apenas determinadas substâncias desse óleo, adicionando-se a estas outros elementos da prática farmacêutica ocidental, em oposição ao início desta prática terapêutica, na qual utilizava-se o óleo puro. Ao longo do tempo, o óleo de chaulmoogra consolidou-se como um conhecimento referente ao discurso científico sobre essa doença.

No Brasil, percebemos a apropriação do discurso científico sobre a terapêutica da lepra e o desenvolvimento desse conhecimento através de novas pesquisas. É curioso observar que a Chaulmoogra como elemento traduzido serviu de modelo para a realização de pesquisas com plantas da flora nacional.

Diante da importância que as espécies do grupo chaulmoogrico vinham assumindo na terapêutica da lepra, os cientistas brasileiros olham para a flora local em busca de Chaulmoogras. Sendo assim, ao analisarem óleos vegetais de espécies nacionais, os

pesquisadores buscam achar espécies de reconhecido valor na terapêutica da lepra, tendo como modelo o grupo das Chaulmoogras indianas.²⁶⁸

Desde o início do século a farmácia da família Peckolt vinha fabricando pílulas e pomadas com o óleo da sapucainha para o tratamento de doenças de pele, e afirmava-se que esse óleo era conhecido e utilizado pela população do interior para o mesmo fim. No entanto, a validação e ampla utilização da sapucainha só ocorreram quando essa foi classificada como a Chaulmoogra brasileira. Depois de traduzido, buscou-se valorizar o produto nacional, a partir, sempre, da comparação com o medicamento já validado internacionalmente.

A procura por esse elemento da flora nacional, que pudesse substituir o reconhecido óleo de chaulmoogra, era divulgada por muitos como uma forma de livrar os países que possuíam alto índice de doentes da dependência estrangeira. Assim, a existência de Chaulmoogras classificadas em diferentes locais, nos quais a lepra era um problema sanitário de destaque, indicava a possibilidade de aumentar o número de centros produtores dos medicamentos usados no tratamento da lepra. Aguiar Pupo, finalizando seu artigo sobre as flacourtiáceas antilepróticas brasileiras, em 1926, almejava:

(...)Estudos idênticos estamos certos que serão realizados entre as Flacourtiaceas da Africa Tropical onde a lepra constitui séria endemia, tendentes a libertar os paizes colonias das dificuldades que cercam a aquisição e autenticidade do oleo de chaulmoogra de procedência indiana.²⁶⁹

Ao falar dos territórios coloniais africanos, Pupo faz menção à importância da produção local desse medicamento nas regiões onde a lepra era endêmica, já que as dificuldades de aquisição do óleo indiano ameaçavam a realização de medidas para o

²⁶⁸ O caso das *quinas brasileiras* teria sido bem diferente. Segundo Luis Faria, as espécies de quinas encontradas no país não possuíam a quinina, substância responsável pela ação terapêutica para a cura da malária. No entanto, *falsas quinas* eram utilizadas, segundo ele, em preparados vendidos no comércio, o que os tornava inativos. O autor descreve as tentativas de aclimação da quina de outras regiões no Brasil, muitas das quais não foram bem sucedidas. Conforme Faria: “A verdadeira quina não existe no Brasil, segundo opiniões autorizadas, tornando-se necessário importá-la. Com a ipeca observa-se o inverso, pois temos o monopólio das boas qualidades”. Ver: FARIA, Luis. “Breve estudo sobre as quinas.” In: *Revista de Química e Farmácia*. Rio de Janeiro, 1(6), 73-81, out. 1935.p. 78.

²⁶⁹ PUPO, J. Aguiar. O óleo de chaulmoogra e as flacourtiáceas do Brasil. In: *Annaes brasileiros de dermatologia e syphilographia*. 1926:2(3) p.1-9.p.9.

controle da doença. No entanto, além dos motivos expostos - altos preços, a baixa qualidade do óleo importado e dificuldades na aclimação das espécies indianas - as pesquisas com a sapucainha, no Brasil, representavam o valor da flora nacional e, principalmente, da ciência nacional que sabia aproveitá-la. Nas palavras de Helena Possolo, anteriormente citadas, era o valor “*dêsse homem que, expurgando do seu solo as endemias que o esterilizam e depauperam, deve surgir, no cenário do mundo, como o construtor dos seus próprios destinos.*”²⁷⁰

Em um país independente como o Brasil que procurava lidar com as doenças que acometiam sua população, as pesquisas realizadas com a flora da região pela comunidade científica nacional tinham um valor muito maior do que apenas a sua utilização prática em serviços de combate à doença.

Apesar da tão falada substituição do óleo de chaulmoogra indiano pelo brasileiro não ter ocorrido de fato, já que os preparados à base dos dois óleos foram encontrados nos mercados e foram utilizados pelos serviços de controle da doença por todo o tempo que a *chaulmoogroterapia* foi uma prática oficial, as pesquisas com a sapucainha representaram um campo de pesquisa científica no país e uma contribuição da comunidade nacional ao conhecimento internacional sobre o assunto.

Por essa razão, compreendo que o desenvolvimento de pesquisas relacionadas a essa terapêutica no âmbito nacional pode ser visto como parte constituinte dessa rede internacional de saberes médico-científicos relacionada à lepra - na qual vemos um esforço de incorporação do óleo de chaulmoogra como um possível medicamento para essa doença - e, assim, tem significativa importância neste processo de construção e validação dessa prática terapêutica. Os estudos realizados aqui com a sapucainha foram incorporados na discussão internacional, e é possível ver referências da Chaulmoogra brasileira em tratados médicos estrangeiros sobre o assunto ao lado das Chaulmoogras indianas²⁷¹.

²⁷⁰ POSSOLO, Helena. As flacourtiáceas antileproticas. São Paulo, s. e., 1945.

²⁷¹ Na 12ª edição do Manson's Tropical Diseases, de 1945, além das espécies indianas mais conhecidas de chaulmoogra, é citada a sapucainha: *In Brazil, a somewhat similar oils is obtained from Carpotroche brasiliensis ("Sapucainha")*. Ver: MANSON-BAHR, Philip H. *Manson's Tropical Diseases*. Baltimore, The Williams & Wilkins Company, 12a edition, 1945. P 578.

Além disso, em estudos estrangeiros sobre os óleos chaulmoogricos encontram-se referências às chaulmoogras e suas análises químicas. Ver: LIBERALLI, C.H. 'Histórico das investigações sobre o óleo de sapucainha - (a propósito de um trabalho de J. R. T. Teixeira Leite)'. In: *Revista de Química e Farmácia*, Rio de Janeiro, 1(6):122-4, dezembro de 1935.

3.7 A era sulfônica

Em 1949, o jornal *A noite* publicou diversas reportagens em tom sensacionalista que narravam a produção de um medicamento milagroso para a cura da lepra por cientistas brasileiros. O medicamento chamava-se “*cem por cento*”, já que seria completamente eficaz na cura da doença, e teria sido desenvolvido por técnicos do Instituto Butantan. Em entrevista ao jornal *O Globo*, no dia 7 de abril do mesmo ano, Souza Araujo teria procurado esclarecer o fato e diminuir a euforia causada pelas reportagens:

O medicamento fabricado no Instituto Butantan é uma sulfona similar à Diasone Abbott, ainda em fase de experiência terapêutica como, alias, estão os demais produtos desse grupo. As sulfonas, que têm ação benéfica em muitos leprosos, - embora outros se mostrem intolerantes a elas, acusando sintomas de intoxicação desde o início do tratamento, - não deram os prodigiosos resultados esperados e anunciados.²⁷²

Souza Araujo afirmava que as sulfonas não tinham ação bactericida sobre as culturas de bacilo ácido-resistentes, como tinha sido verificado nas experiências realizadas no Instituto Oswaldo Cruz.²⁷³ O médico dizia desconhecer as “milhares de altas” relatadas nos artigos e afirmava que muitos dos doentes tratados com esse medicamento tinham sofrido recaídas.²⁷⁴

As primeiras pesquisas com as sulfas no tratamento da lepra foram realizadas por Faget, Johansen e Hillary Ross, em 1941, no laboratório do Leprosário Nacional dos EUA (em Carville), e as divergências que podem ser observadas nos jornais brasileiros demonstram apenas as incertezas e as esperanças depositadas nesse novo tratamento na década de 1940.

²⁷² ARAUJO, H. C. de Souza. ‘A lepra – a palavra do Prof. Dr. H. C. de Souza Araujo na Academia Nacional de Medicina sobre as sulfonas no tratamento da lepra no Estado de São Paulo’. *Boletim Científico*, ano II, no 4, setembro de 1949, p. 21- 24. P.22.

²⁷³ ARAUJO, H. C. de Souza. ‘As sulfonas não alteram a ácido-resistência dos bacilos de Hansen e de Stefanski.’ In: *Memória do Instituto Oswaldo Cruz*, 46, (3), 1948. P.579-80.

²⁷⁴ Em alguns artigos, o médico buscou desfazer a imagem de remédico”milagroso”, relatando muitos casos de recaídas ou de ineficácia da droga. Ver: ARAUJO, H. C. ‘Caso impressionante da ineficácia das sulfonas na lepra’. In: *Revista brasileira de Medicina*, vol.XV, no 12, 1958, p. 827-828.

No entanto, o que chama a atenção é uma outra afirmação de Souza Araujo:

A lepra é, de fato, clinicamente curável em mais de 50% dos casos. Os leprólogos filipinos provaram isso há mais de um quarto de século, usando os derivados do óleo de chaulmoogra. Hoje dispomos de medicamento de ação mais rápida.²⁷⁵

O pesquisador não apenas via com reservas o grande entusiasmo causado pelo novo medicamento, mas procurava dar-lhe o seu devido lugar, sem exageros e alardes.

Em outro momento, Souza Araujo afirmava que estavam sendo experimentados nos leprosários nacionais e estrangeiros os medicamentos sulfônicos, Promin e Diasone. Sublinhava que apesar da grande ação que produziam no tratamento da lepra, eram muito tóxicos, não sendo tolerados por alguns doentes. Nesses casos de intolerância ao medicamento, utilizavam-se ainda os derivados do óleo de chaulmoogra.²⁷⁶

Pode se perceber na leitura desses artigos que ainda não estava instituída a barreira que iria separar o “novo tratamento” do “antigo”, presente nas narrativas mais recentes sobre a doença.

Um exemplo disso pode ser visto nas conclusões do V Congresso Internacional de Lepra, realizado em Havana, em 1948, que enfatizava a importância dos avanços na terapêutica da lepra no período. Conforme definia a comissão de terapêutica desse congresso: *Êstes progressos se relacionam quer com os derivados sulfônicos quer com o desenvolvimento da nova técnica pelas altas doses do óleo de chaulmoogra.*²⁷⁷

Era ressaltado, entretanto, que apesar da atividade terapêutica desses medicamentos estar comprovada, sua ação ainda era muito lenta, sendo necessária a realização de mais pesquisas para a melhora de seus desempenhos.

Sobre os derivados sulfônicos, a comissão descrevia as doses recomendadas e indicava a necessidade de se realizarem mais estudos sobre estes medicamentos. A

²⁷⁵ ARAUJO, H. C. de Souza. ‘A lepra – a palavra do Prof. Dr. H. C. de Souza Araujo na Academia Nacional de Medicina sobre as sulfonas no tratamento da lepra no Estado de São Paulo’. *Boletim Científico*, ano II, no 4, setembro de 1949, p. 21- 24. P.22.

²⁷⁶ ARAUJO, H. C. de Souza. ‘As sulfonas no tratamento da lepra’. In: *Revista brasileira de medicina*. Setembro de 1949, p. 635.

²⁷⁷ ‘Noticiário - Conclusões do V congresso Internacional de Lepra’ In: *Arquivos mineiros de Leprologia*, Belo Horizonte, ano VIII, no 2, abril 1948, p.175 a 181. P.175.

Promanida ou Promin era administrado por via endovenosa, a Diazona ou Diamidin, em comprimidos, e o Sulfetrone, por via oral ou parenteral. Recomendava-se também a associação de ferro e complexo B ao tratamento sulfônico, já estes medicamentos seriam potencialmente *hematotóxicos* e poderiam causar anemia de grau variável, de acordo com os indivíduos. Relatava-se também a existência de efeitos colaterais com sua utilização, como “*surto (reação) de elementos eruptivos conhecidos pelo nome ‘eritema nodoso leproso’ e irite*”, ou até mesmo, casos de intolerância a medicação.

Em relação ao óleo de chaulmoogra, a comissão afirmava que:

É opinião de muitos autores que o Óleo de Hidnocarpus (Chaulmoogra) e seus derivados são eficientes na lepra lepromatosa, que os maiores benefícios se obtêm pelo uso de doses adequadas e quando o paciente é devidamente assistido.

Os fracassos do Óleo de Hidnocarpus e seus derivados são frequentemente devidos à dosificação inadequada e à administração irregular. A preparação geralmente usada é a do óleo puro de Hidnocarpus com ½ a 4% de creosoto, assim como os ésteres etylicos de Hidnocarpus com ½ a 4 % de creosoto ou ½% de iodo.

Cada dia mais se evidencia que os maiores benefícios resultam da aplicação de altas doses (15 a 25cc. Por semana) administradas de maneira regular e injetadas pelas vias subcutânea, intramuscular e intradérmica.²⁷⁸

Além disso, a comissão sublinhava a necessidade de outras medidas para uma prática terapêutica mais completa dos pacientes com lepra:

Seria lamentável que se fundamentasse o tratamento do doente de lepra apenas nos medicamentos acima mencionados e se omitissem, a título de medicação complementar, outros processos terapêuticos. Por isso esta comissão faz notar de modo especial a necessidade do emprego de outras medidas:

- 1- Prevenção e atenção à invalidez e deformidade;
- 2- Fisioterapia e laborterapia;
- 3- Tratamento das manifestações tróficas e da dor nas neurites agudas;
- 4- Tratamento das manifestações oculares nasais, buço-faríngeas e laríngeas;
- 5- Cirurgia plástica e ortopédica;

²⁷⁸ ‘Noticiário - Conclusões do V congresso Internacional de Leprosia’ In: Arquivos mineiros de Leprosia, Belo Horizonte, ano VIII, no 2, abril 1948, p.175 a 181. P.178. (grifos meus)

- 6- Tratamento dos surtos reacionais;
- 7- Consideração geral do aspecto psicológico, social e espiritual do meio ambiente em que vive o paciente.²⁷⁹

A comissão aconselhava também a investigação da ação de outros agentes terapêuticos, como é o caso do óleo gorlico (por possuir parentesco com o óleo de hidnocarpus), e da validade da combinação de diferentes agentes terapêuticos, como as sulfonas, o chaulmoogra e os antibióticos. Segundo a comissão: “*o problema das sinergias medicamentosas na lepra apresenta novos horizontes para a investigação.*”²⁸⁰

Em artigo publicado no mesmo ano, o médico argentino Salomon Schuman sustentava que o óleo de chaulmoogra, se utilizado em doses adequadas (20 a 30 cc semanais), tinha a mesma atividade terapêutica do que as sulfonas no tratamento da lepra. O médico concluía seu artigo afirmando que a atividade terapêutica das duas medicações deveria ser aproveitada, e, portanto, aconselhava sua administração em conjunto ou a utilização dos medicamentos em séries alternadas.²⁸¹

Dessa forma, pode-se afirmar que a entrada dos medicamentos sintéticos na prática terapêutica da lepra – e acredito que podemos estender a observação também para outras doenças infecciosas - não resulta numa rápida substituição e modificação radical das campanhas de controle. O novo medicamento, inicialmente, foi administrado nos mesmos moldes que o antigo, e foi aplicado dentro do esquema já existente para a luta anti-leprótica. Além disso, os médicos lidavam com os mesmos limites e incertezas. Segundo Souza Araujo, em 1959:

Há dois caminhos para restringir novos focos: isolamento compulsório e tratamento intensivo dos casos perigosos, em leprosários, sanatórios privados, ou em domicílio, e tratamento dispensarial dos casos menos bacilíferos. Não há nenhum tratamento específico ou estandardizado para os dois tipos e os dois grupos de lepra (classificação de Madri). Cada doente ou grupo responde diferentemente ao mesmo tratamento.

²⁷⁹ ‘Noticiário - Conclusões do V congresso Internacional de Lepra’ In: Arquivos mineiros de Leprologia, Belo Horizonte, ano VIII, no 2, abril 1948, p.175 a 181.p.179. (grifos meus)

²⁸⁰ Idem, ibidem. P.181.

²⁸¹ SCHUJMAN, Salomon. ‘ O óleo de chaulmoogra e seus derivados são menos ativos que as sulfonas no tratamneto da lepra?’. In:Arquivo mineiro de Leprologia, ano 8, no 2, abril 1948, resumos.

A leitura de documentos da década de 1950 e 1960 demonstra-nos tanto controvérsias, incertezas e dificuldades com a administração do novo medicamento, quanto o esforço para o seu “aprimoramento”, uniformização e ampla utilização. Lauro de Souza Lima²⁸² - chamado de *precursor da sulfonoterapia no Brasil* por ter realizado as primeiras experiências com o medicamento no sanatório Padre Bento, em São Paulo, na década de 1940- procurava incentivar o uso do novo medicamento, considerando-o um elemento central para uma reorganização do programa de controle da lepra no país. Em seus textos é visível o esforço em instituir o que seria um novo momento do controle da doença, a *era sulfônica*, em oposição ao *ciclo do chaulmoogra* que se encerrava.

Segundo o pesquisador:

Os limitados êxitos da terapêutica chaulmoogrica não passavam de erros de interpretação, pelo desconhecimento das formas clínicas da lepra, mal classificadas, de patologia e prognóstico praticamente ignorados. Com os progressos realizados nesse terreno da leprologia, desfizeram-se, ruindo definitivamente, os últimos argumentos em favor desses medicamentos. Com o advento das novas classificações, nas quais se separavam os casos do tipo tuberculóide e os do atual grupo indiferenciado, cuja regressão espontânea, em elevado percentual para aqueles e variável para estes, é regra, copiosamente demonstrada e documentada, reduziu-se a zero o índice de êxitos da chaulmoogroterapia, que só nesses casos de “cura espontânea” eram registrados.²⁸³

Esse otimismo em relação aos novos medicamentos sintéticos não estava restrito apenas ao caso da lepra, mas também a outras doenças infecciosas. A partir da década de 1940, viveu-se uma verdadeira *era de otimismo sanitário*, já que se acreditava na possibilidade de eliminação das doenças infecciosas com as novas medicações²⁸⁴. Dessa

²⁸² Lauro de Souza Lima foi conselheiro técnico da Organização Mundial de Saúde e diretor do sanatório Padre Bento, em São Paulo. Ver: MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social, São Paulo: USP, 1995.

²⁸³ Lima, Lauro de Souza. *Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo*. São Paulo, 1953. p.24-5

²⁸⁴ Uma das razões do grande otimismo do período em relação à possibilidade de erradicar as doenças dizia respeito ao desenvolvimento de substâncias conhecidas como organoclorados que eram usados como inseticidas, como o DDT, e ao desenvolvimento dos antibióticos. Ver: GARRET, Laurie. “Transição da saúde / A era do otimismo: vamos erradicar a doença.” In: *A próxima peste – novas doenças num mundo em desequilíbrio*. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1995; PORTER, Roy, “From Pasteur to penicillin” In: *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanit*. New York/London: W.W. Norton & Company, 1999, pp.428-461; WEATHERALL, Miles. “Drug Therapies”. In W. F. Bynun and Roy Porter

forma, uma profunda transformação na forma de encarar e lidar com essas doenças pode ser sentida no período.

No caso específico da lepra, uma análise mais minuciosa pode demonstrar que a apropriação desse novo medicamento como um elemento que poderia trazer grandes modificações nas campanhas nacionais de controle da doença ocorreu conjuntamente com o desenvolvimento de pesquisas sobre a “*evolução*” da doença e classificação de suas formas clínicas, o que possibilitou uma avaliação mais criteriosa do tratamento e de sua forma de ação. Com o tempo, desenvolveu-se um tratamento mais padronizado e simplificado o que permitia sua administração nos serviços gerais de saúde pública.

Nos discursos desses pesquisadores, o que podemos ver como uma grande novidade, não diz respeito à curabilidade da lepra ou a possibilidade da prática terapêutica influenciar a profilaxia, pois como procurei demonstrar anteriormente esses pontos já estavam presentes nos debates, mas a tentativa de retirar o caráter singular que a lepra recebia até aquele momento. Insistia-se que a campanha de controle da doença não deveria estar encarregada aos especialistas, mas era responsabilidade de todos os agentes de saúde, já que o tratamento não precisava ser feito em locais específicos destinados ao problema, como leprosários ou dispensários. Como decorrência desse processo, em 1962, o isolamento era abandonado como prática profilática oficial.²⁸⁵

A análise do desenvolvimento da terapêutica sulfônica e suas conseqüências na forma de lidar com a doença não é o objetivo do presente trabalho, entretanto, gostaria de enfatizar que o chamado “novo tratamento” foi resultado de muitas pesquisas, debates e consensos que foram transformando a sulfonoterapia ao longo do tempo²⁸⁶. Além disso,

(ed.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. I. London and New York, Routledge, 1993, 915-938.

²⁸⁵ Sobre o lento desmontar do modelo isolacionista ver: MACIEL, Laurinda Rosa. “*Em proveito dos sãos, perde o lázaro a sua liberdade*”: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Op. Cit. Capítulo 4, pp.260-300.

²⁸⁶ Desde 1960 foram observados casos de recaída e de resistência do bacilo às sulfonas, o que tornava o tratamento ineficaz em muitos pacientes. Em 1970, verificou-se que muitos dos pacientes tratados por Faget com a sulfa “Promin”, em 1941, estavam reativados com bacilos resistentes, o que foi um grande incentivo as pesquisas com novas drogas que pudessem ser associadas às antigas sulfonas e que impedissem a emergência de bacilos resistentes. Desde 1981, a OMS recomenda o tratamento com esquemas poliquimioterápicos, que são constituídos por três drogas que têm mecanismos de ação diversos, com o intuito de evitar a possibilidade do surgimento de resistência bacteriana ao medicamento.

Ver: ARAÚJO, Marcelo Grossi. 1925-2005 Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase. In: An. Bras. Dermatologia, 2005; 80(2):199-202; OPROMOLLA, Diltor Vladimir A. Terapêutica multidroga. In: *An bras Dermatol*, 65(1): 37-40, 1991; JACOBSON, R.R. & TRAUTMAN, J.A. - The treatment of leprosy with

acredito que podemos dizer que o próprio entendimento do que seria a prática terapêutica transformou-se. Pode-se perceber que as medidas vistas anteriormente como terapêuticas que visavam uma melhora das condições de vida dos pacientes, como regime higiênico e alimentar adequado, não vão estar mais presentes na prática terapêutica da doença.

Arrisco a afirmar que as reconsiderações sobre a profilaxia da lepra, não estão relacionadas apenas a um novo medicamento que “milagrosamente” foi “descoberto” por Faget em 1941, mas a uma série de mudanças na forma de encarar as práticas terapêuticas, as doenças infecciosas e os deveres e os limites da intervenção estatal na saúde da população.

Para não fugir muito dos objetivos desse texto, o que eu gostaria de sublinhar é que muitas das imagens e argumentos que fazem parte da forma como hoje nós vemos e narramos a história do combate à lepra no país e como são valoradas as antigas práticas profiláticas e terapêuticas estão relacionadas ao esforço dos próprios contemporâneos de delimitar e ao mesmo tempo re-significar o que seria o passado e o que deveria ser visto como as práticas novas e científicas.

Nessas narrativas o que podemos chamar de a “prática terapêutica e profilática vencedora” aparece nessa *História* como uma descoberta momentânea e com efeitos rápidos e eficazes no controle da doença, a partir de uma simplificação das ações precedentes e de esquecimento das disputas travadas para que essa nova forma de lidar com a doença fosse estabilizada.

A narrativa sobre a história da doença que surge a partir desse momento simplifica os conhecimentos sobre a lepra e a prática terapêutica que era desenvolvida anteriormente. Enfatiza-se a noção de incurabilidade e alta contagiosidade, retomando apenas senso comum e não opinião dos especialistas do período anterior.

Além disso, esse novo discurso sobre a lepra apresenta a terapêutica chaulmoogrica como uma simples utilização de um óleo indiano, como uma prática curiosa ou, até mesmo, “pré-científica”. No entanto, como procurei demonstrar, essa terapêutica foi resultado do que podemos chamar de uma *tradução científica* do óleo de chaulmoogra, que de produto vegetal utilizado pela população indiana para o tratamento de doenças de pele,

sulphones: the original Faget's 22 patients: a follow up of thirty years under sulphonotherapy for leprosy. In: *Int. J. Leprosy*, 22 : 71-78, 1971.

transformou-se em um medicamento contra a lepra mundialmente reconhecido pela chamada comunidade científica internacional. Nos trabalhos e conferências dos médicos brasileiros a terapêutica chaulmoogrica ocupava um papel significativo no controle da doença e estava fundamentada em numerosos estudos que lhe davam a devida credibilidade no período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pesquisar em fontes documentais da primeira metade do século XX sobre a lepra, deparei-me com diversos enunciados, informações, fatos, experiências, controvérsias, disputas e poucas *caixas-pretas* sobre o assunto. É possível perceber que a doença, desde o final do século XIX, era objeto de um amplo campo da pesquisa, fonte de incertezas, justificativa de intervenções sociais e limitações da liberdade dos indivíduos.

Com a leitura das fontes e da bibliografia acerca do assunto pude identificar a existência de muitas narrativas, contraditórias ou complementares, sobre a lepra e sua história. Percebi que a pesquisa que procurava desenvolver, focalizando medidas terapêuticas em um período anterior ao uso das sulfonas, apresentava mais uma narrativa sobre esta história da lepra no Brasil. Ao tentar repensar essa antiga prática terapêutica, estou dialogando com uma certa narrativa que moldou e ainda molda nossos discursos e ações frente à doença e sua alta incidência no país. Não procurei com a pesquisa apontar quais seriam as narrativas falsas, distorcidas ou realizar uma narrativa mais correta sobre o assunto, mas discutir a validade e funcionalidade dessas imagens. Encaro-as como interpretações que foram moldadas e apropriadas por diferentes discursos, tendo sempre em mente que os discursos participam da produção de seus objetos. Seguindo Durval, acredito que:

Devemos nos debruçar, criticamente, sobre as formas como foram narrados os eventos históricos, não como uma representação verdadeira ou falsa do passado, mas como partícipe da invenção deste para nós. Narrativas que construíram um dado universo e uma memória, que continuam funcionando em nós e dirigindo nossos passos.²⁸⁷

²⁸⁷ ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. *A invenção do Nordeste e outras artes*. 2ª edição. São Paulo/Recife: Cortez/Massangana, 2001.p.311.

As diversas imagens e narrativas sobre a doença e sua história apropriadas por médicos, administradores públicos, botânicos e químicos, tiveram validade para esses grupos em diferentes momentos e foi a partir delas que eles procuraram inserir-se no debate e interferir no problema.

Em primeiro lugar, busquei enfatizar uma certa *narrativa* que dizia respeito ao *caráter tropical* que a lepra assumiu desde o final do século XIX na medicina europeia. É possível perceber que a lepra nesse período configurava-se como um problema dos chamados *trópicos* e que, por essa razão, as pesquisas, as medidas profiláticas e terapêuticas e os conhecimentos produzidos sobre a doença referem-se a essa situação particular.

Nota-se que foi dada a lepra uma história, na qual se justificava o seu desaparecimento na Europa e o seu predomínio nas *regiões tropicais*. O seu declínio na Europa era indicado como consequência, principalmente, do isolamento dos doentes e da melhoria da higiene e do padrão de vida dos europeus. A alta incidência da lepra nos *territórios tropicais* indicava, portanto, o atraso e a *semi-civilização* desses povos, já que seriam comparáveis à sociedade europeia de um período anterior aos ditos *progressos econômicos, sociais e científicos* do século XIX.

Destaquei que esse *caráter tropical* assumido pelos territórios coloniais e por suas doenças teve um papel central na construção de uma prática terapêutica da lepra através do uso de determinadas espécies vegetais da chamada *flora tropical*. Desde o final do século XIX, pode-se perceber um movimento de incorporação do óleo de chaulmoogra na prática médica ocidental, transformando-o de produto vegetal em fármaco, ou seja, conhecimento médico, *fato científico*, já que inserido nas normas, suposições e práticas da medicina ocidental do período.

Procurei também enfatizar que imagens, narrativas, argumentos e conhecimentos sobre a lepra tiveram que ser enfrentados pelos médicos brasileiros quando eles buscaram tornar a doença visível – e objeto de políticas públicas -, idealizaram ações para o seu controle no país e produziram conhecimentos sobre o assunto. A comunidade médica brasileira, a todo o momento, estava dialogando com conhecimentos e projetos que transitavam nessa rede internacional de saberes médicos-científicos - instituída por congressos e periódicos relativos à especialidade - e procurava, em meio a debates e

controvérsias, dar sua contribuição ao assunto e definir medidas eficazes para a solução do *problema da lepra* no país.

Assim, sublinhei que os médicos brasileiros muitas vezes acionavam imagens referentes à esta construção cultural chamada *tópico* ou, no caso, *doenças tropicais*, e toda a carga simbólica que o termo trazia pela sua associação com povos ditos *atrasados, primitivos e colonizados*, para defenderem a urgência das campanhas que se propunham a realizar. A lepra, vista como *Imperial danger*, re-configurava-se, no contexto brasileiro, como *endemia nacional*, entrave ao processo modernizador do país.

Portanto, pensar esse processo de definição da lepra como *endemia nacional*, ou até mesmo, de *flagelo nacional*, e as escolhas sobre as formas de intervenção na sociedade, permite-nos refletir sobre questões que estão muito além do que consideramos o *mundo médico e científico*, como a instituição de imagens, valores, argumentos e discursos sobre a própria sociedade brasileira e sua história.

Como o foco do trabalho era o discurso médico-científico acerca do tratamento da lepra através da utilização do óleo de chaulmoogra, procurei apontar como a prática terapêutica com o óleo e seus derivados era vista, nas palavras de alguns médicos, como a “*orientação moderna na profilaxia da lepra*”.²⁸⁸ Pretendi demonstrar que a história do desenvolvimento dessa terapêutica é de grande relevância para a reflexão dos debates médicos e das medidas que foram encaminhadas para o controle da doença no país.

Na década de 1920, a “*institucionalização*” do *problema da lepra* com a criação de um órgão específico para a solução do problema, abriu um campo de debate sobre as medidas profiláticas que poderiam ser adotadas no país pelo governo federal, conjuntamente com os governos estaduais. Nessa discussão, as condições sociais e culturais do povo brasileiro foram vistas tanto como causas da alta incidência da lepra no país, quanto como entraves à implementação das *medidas científicas* necessárias para a solução do grave problema sanitário.

²⁸⁸ ARAULO, Oscar da Silva. E RABELLO, E. ‘Informes do inspector de Profilaxia da lepra’. Resposta à comunicação de Belisário Penna. Boletim da Academia nacional de Medicina, 1926. p263-291. Apud: SOUZA ARAÚJO, 1956

Durante a atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (1920-1934), a prática terapêutica chaulmoogrica esteve no centro dos debates sobre a forma de controle da doença. Defendia-se a chamada *profilaxia terapêutica* ou *moderna profilaxia*, pois as novas pesquisas com os preparados chaulmoogricos indicavam que a prática terapêutica poderia tornar os pacientes não-contagiantes, ou até mesmo curados, eliminando, assim, os focos de contágio. No entanto, a historiografia aponta que na década de 1930 é possível perceber uma mudança na forma de orientar as medidas para o controle da doença, escolhendo-se uma intervenção mais autoritária e discriminatória por um Estado Nacional que procurou excluir e controlar certos grupos nacionais. Como busquei enfatizar, isolar os doentes, no momento, era tratá-los, mas, principalmente, era mantê-los de forma assistencialista e *civilizá-los* aos olhos dos “*países cultos*”.

Outra narrativa sobre a história da doença e de seu combate que procurei destacar diz respeito aos *progressos terapêuticos*, na década de 1940, e suas conseqüências nas medidas de controle da lepra. O aparecimento das sulfonas é indicado como um momento de abandono das medidas isolacionista, já que essas não seriam mais necessárias quando se tinha um tratamento dito mais eficaz e rápido do que o anterior. O risco dessa narrativa é associarmos o fim do isolamento ao surgimento desse tratamento, supondo, portanto, que se esse não tivesse sido desenvolvido, a mesma intervenção autoritária e discriminatória poderia, ou melhor, deveria (já que legitimada pela ciência e pelo *bem comum*), ser adotada²⁸⁹. Se observarmos com atenção, essa interpretação perpassa o trecho, anteriormente citado, do livro de 1960, de Orestes Diniz:

... a política sanitária havia de ser, forçosamente, a do isolamento dos enfermos, já que a precária terapêutica então em voga, pelo óleo de chaulmoogra, não era capaz de curar, a não ser casos esparsos, sem expressão estatística.²⁹⁰

²⁸⁹ Segundo Curi, raciocínios como esse podiam ainda ser encontrados em discursos sobre a AIDS e seu controle. Ver: CURI, Luciano Marcos. “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

²⁹⁰ DINIZ, Orestes. *Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil*. [Rio de Janeiro]; s.n; [1960], p. 87.

Essa frase, escrita em 1960, foi formulada por alguém anteriormente envolvido no esquema da “antiga profilaxia” da lepra, mas que, naquele momento, vivia (e instituía) um período de reconsiderações e reorientações dos estudos e das medidas de controle da doença, que certamente estavam relacionadas a um processo mais amplo de reformulação da forma como era encarada, não apenas o que chamamos por prática terapêutica (mais voltada para a ação do medicamento), mas o próprio impacto das doenças infecciosas no mundo e o que podemos chamar de deveres e limites do estado brasileiro em intervir na *saúde/doença* da população. Dessa forma, poderíamos afirmar que a prática estatal de intervenção na realidade social, através da segregação e exclusão de determinados grupos sociais não estava apenas deslegitimada pela chamada *ciência* do período depois do desenvolvimento das sulfonas, mas possivelmente não tinha mais lugar em um mundo pós-Segunda Guerra Mundial.

Acredito que não devemos encarar as medidas e escolhas da primeira metade do século XX em relação à lepra, procurando legitimá-las pelo que seria a ciência do momento, mas sim realçar as contradições presentes nesses discursos. O que eu gostaria de sublinhar é que a intensificação do esforço de isolamento dos doentes com lepra no Brasil não foi realizada *a partir* do conhecimento científico do período (já que, como vimos, a doença era vista por muitos especialistas como pouco contagiosa - muito menos do que a tuberculose - e passível de cura), nem mesmo foi encaminhada *apesar* desse conhecimento, mas foi, sim, resultado de escolhas sobre a forma de intervir na sociedade que foram feitas no entrecruzamento do que estamos acostumados a separar como elementos *científicos*, *simbólicos* e *políticos*. Como a historiografia das ciências realizada hoje procura demonstrar, a produção de conhecimento científico e sua apropriação são atos intrinsecamente políticos, pois que todo conhecimento é ação social / ato político, já que realizado, como não poderia deixar de ser, por homens e mulheres, em um determinado contexto social e histórico.

Outra *imagem/narrativa* que procurei destacar diz respeito ao *trópico* como construção cultural que podia ser acionado positivamente por diferentes especialistas (botânicos, químicos, médicos) para a defesa da *natureza tropical* como um local de vastos recursos medicinais. O *lado positivo dos trópicos*, sua biodiversidade, era enfatizado em discursos que glorificavam a flora nacional. Para um problema dos *trópicos* (do atraso) era

oferecida uma solução científica nacional, através da produção de pesquisas com a flora local. Assim, busquei descrever as pesquisas feitas em laboratórios nacionais que legitimavam orientações vistas como mais liberais no controle da lepra, focalizando, principalmente, os esforços de pesquisadores brasileiros em analisar os óleos da flora nacional que pudessem *nacionalizar* a prática terapêutica. Destacam-se, então, as pesquisas com a Sapucainha, que passou a ser designada como a *Chaulmoogra brasileira*.

É possível perceber, portanto, que os cientistas brasileiros faziam referência à “ciência internacional” e aos seus esquemas teóricos, partilhando de seus cânones e paradigmas, entretanto, buscavam participar ativamente desta rede de saberes e práticas científicas, dando uma contribuição nacional à dita *ciência universal*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Fontes

AGUIAR, Antonio. *Cura da morphéa*. Rio de Janeiro: Typographia do “jornal do commercio” de Rodrigues & Comp., 1898.

ALMEIDA, Theophilo de. “O papel da educação sanitária na profilaxia da lepra.” *Arquivos de higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano I, no 1, 1927, pp175-185.

ANTONIL, J. André. ‘ A cultura da sapucainha – nova fonte de riqueza para o estado de Minas’. In: *Chacaras e Quintaes*. Vol.45, n 6, 15 de junho de 1932. p733-4.

ARAÚJO, Heráclides Cesar de Souza. *30 anos de atividades do laboratório de leprologia do Instituto Oswaldo Cruz*. Apresentado à Academia Nacional de Medicina, sessão de 25 de julho de 1957.

_____. *História da lepra no Brasil: período colonial e monárquico (1500-1889)*. Vol. I. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1946.

_____. *História da lepra no Brasil: período republicano (1889-1946)*. Vol. II. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1948.

_____. *História da lepra no Brasil: período republicano (1890-1952)*. Vol. III Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1956.

_____. *A lepra: Estudos realizados em 40 países – (1924-1927)*. Rio de Janeiro, Instituto Oswaldo Cruz, 1929.

_____. ‘ Caso impressionante da ineficácia das sulfonas na lepra’. In: *Revista brasileira de Medicina*, vol.XV, no 12, 1958, p. 827-828.

_____. *A etiologia da lepra*. In: *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, ano XLVI, 2ª série, no 2, fevereiro de 1938.p.206-213.

_____. ‘ A lepra – a palavra do Prof. Dr. H. C. de Souza Araujo na Academia Nacional de Medicina sobre as sulfonas no tratamento da lepra no Estado de São Paulo’. *Boletim Científico*, ano II, no 4, setembro de 1949, p. 21- 24.

_____. ‘ Nota sobre a cultura da Chaulmoogra Indiana no Brasil’. In: *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, fev.1937.p29-35. P.32.

_____. ‘As sulfonas não alteram a ácido-resistência dos bacilos de Hansen e de Stefanski.’ In: Memória do Instituto Oswaldo Cruz, 46, (3), 1948. P.579-80.

_____. ‘As sulfonas no tratamento da lepra’. In: Revista brasileira de medicina. Setembro de 1949.

_____. ‘O combate á lepra no Hawaii e nas Philipinas’. In: Boletim da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e defesa contra a lepra, janeiro de 1930, p.9 -12. P.11.

_____. ‘O problema da lepra – como resolve-lo no Brasil’. In: Sciencia Medica, março de 1927, p.191-197.p. 194.

_____. ‘O problema da lepra: necessidade de uma cooperação internacional.’In:*Sciencia Medica*, anoV, n 3, , pp154-158. 1927.

_____. ‘Resultados práticos da Conferencia Internacional de Leprologia de Manila’. In: *Revista Medico-Cirurgica do Brasil*, 1931.

_____. ‘Tratamento da lepra nas Philipinas’. In: Revista médica de Hamburgo, ano 8, no 6, junho de 1927. P.156-158.

_____. “A lepra no passado e no presente. Sua prophylaxia e therapeutica.” In: *Archivos Paranaenses de Medicina*. 1920, p.217-234. p.234.

_____. *Tratamento moderno da lepra*. Trabalho apresentado à VIII Conferencia Sanitária Pan-americana, reunida em Lima, Peru, em outubro de 1927, e lido na Academia Nacional de Medicina, de Buenos Aires, em 22-12-1927. Rio de Janeiro: IOC, 1928.

_____. ‘Tratamento da lepra’. *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, Vol. XXXVIII,395-398, 1930.

_____. “A lepra no passado e no presente. Sua prophylaxia e therapeutica.” In: *Archivos Paranaenses de Medicina*. 1920, p.217-234.

_____. ‘O problema da lepra: necessidade de uma cooperação internacional.’In:*Sciencia Medica*, anoV, n 3, , pp154-158. 1927.

_____. “Como se combate a lepra m São Paulo”.In: *Boletim da Sociedade de Assistencia aos Lazaros e Defesa contra a lepra*. 1930.

_____. *A lepra – modernos estudos sobre o seu tratamento e prophylaxia*. (artigos de propaganda sanitária e vulgarização científica, publicados na “Folha do Norte”, de 1921 a 1923). Pará, Instituto Lauro Sodré, 1923.

_____. A Lepra – várias tentativas de cura. In: *Archivos Paranaenses de Medicina*. A. II, n.º 5 e 6. Outubro de 1921, p. 176/197.

_____. *A Prophylaxia da Lepra e das Doenças Venereas no Estado do Pará*. Vol.II. Belém-Pará, Livraria Classica, 1922.

_____. Estado actual de La profilaxis de La lepra em Havai, Japon, Filipinas, India y Noruega. In: *Actas dermo-sifiliograficas*. Dez, 1926, jan 1927.

_____. Nota sobre a cultura da Chaulmoogra Indiana no Brasil. In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, T. 32, Fase 1, Fevereiro de 1937.

_____. *Notas sobre o tratamento da lepra de Souza Araújo*. Rio de Janeiro: IOC, 1926.

_____. Trabajos Originales. Tratamento da lepra nas Philippinas. In: *revista medica de Hamburgo*. Ano VIII, no 5, maio 1927, p-113-116.

_____. O interesse da Liga das nações pelo Problema da lepra. In: *Boletim da Sociedade de Assistencia aos Lazaros e defesa contra a lepra*. s.d

_____. Resultados práticos da Conferencia Internacional de Leprologia, realizada em Manila. In: *Boletim da Sociedade de Assistencia aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*, s.l., s. n., 1931.

_____. The Brazilian Chaulmoogra: *Carpotroche brasiliensis*. In: *International Journal of Leprosy*. Vol.III, n.º 1, Janeiro-Março de 1935, p. 49/66.

_____. Tratamento da lepra. In: *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, Vol. XXXVIII, 395-398, 1930.

_____. *Tratamento moderno da lepra. Trabalho apresentado à VIII Conferencia Sanitária Pan-americana, reunida em Lima, Peru, em outubro de 1927, e lido na Academia Nacional de Medicina, de Buenos Aires, em 22-12-1927*. Rio de Janeiro: IOC, 1928.

_____. ‘A profilaxia da lepra no Brasil – 1 parte: a contribuição do autor, durante 40 anos, para a sua solução’. In: *Revista Brasileira de Medicina*, vol. 17, no 4, abril de 1960, PP.309-313, p.309.

ARAULO, Oscar da Silva. E RABELLO, E. ‘Informes do inspector de Profilaxia da lepra’. Resposta à comunicação de Belisário Penna. *Boletim da Academia nacional de Medicina*,

1926. p263-291. Apud: ARAÚJO, H. C. de Souza. *A História da Lepra no Brasil – Período republicano*. Vol.3. 1956.

BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil.” *Arquivos de higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano VIII, no 2, Nov. de 1938, PP. 245-261.

_____. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) pp. 119-130.

_____. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”. *Arquivos de higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano 15, no1 e 2, março-junho de 1945.

_____. “As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, ano XII, no 1, abril de 1942.

BECHELLI, L. M; ROTBERG, A. MAURANO, F. *Tratado de Leprologia*. Vol. 4. Clínica e terapêutica, Serviço Nacional da Lepra, Rio de Janeiro, 1944.

Boletim da Academia Nacional de Medicina, sessão de 16 de setembro de 1920, p.556-574.

Boletim da Academia Nacional de Medicina. ‘O estado actual do tratamento chaulmoogrico da lepra’. Sessão de 28 de setembro de 1933.

CAMPOS, Nelson de Souza. ‘As altas aos doentes de lepra’. In: *Revista brasileira de leprologia*. Vol. V, no 1, março de 1937.p. 341-356

CARDOSO, H. T. ‘Observações sobre os novos ácidos da série chaulmúgrica’. In: *Acta Medica*, novembro de 1940;

CHAGAS, Carlos. Aula inaugural do Prof. Carlos Chagas da Cadeira de Medicina Tropical (14 de setembro de 1926). In Chagas, C. *Discursos e Conferências*, Rio de Janeiro. p. 137-166, 1935.

COELHO, Joel Teixeira. Conceito sobre a cura da lepra. In: *Revista de combate à lepra*. Ano 3, n 1, março de 1938, p.10-14.

COLE, Howard Irving. Chemistry of Leprosy Drugs. In: *International Journal of Leprosy*. Vol. I, nº 2, Abril de 1933.p. 159/189.

COLE, I. H. E CARDOSO, H. T. ‘Purification and Esterification of Chaulmoogra Oils’. In: *Int. Jour. Lep.*, 1936;

_____. ‘Hydnocarpic and chaulmoogric acids and ethyl esters.’ In: *J. Am. Chem. Soc.*,1937;

_____. 'Analysis of Chaulmoogra oils - I. *Carpotroche brasiliensis* (Sapucainha) oil' In: *J. Am. Chem. Soc.*, march, 1938, p.614-617;

_____. 'Analysis of Chaulmoogra oils – II. *O. Echinata* oil' In: *J. Am. Chem. Soc.*, march, 1938;

_____. ' A descoberta de novos ácidos graxos ativos no óleo de chaulmoogra'. In: *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*.34(3), out. 1939;

_____. 'Analysis of Chaulmoogra oils - III. *H. Wightiana* oil' In: *J. Am. Chem. Soc.*,1939;

COOK, G. C. *Manson's tropical diseases*. London WB Saunders Company, 1996.

CORRÊA, Manoel Pio. Ainda o canudo de pito e a lepra. In: *Chacaras e Quintaes*. 15 de Outubro de 1926.p. 351/352.

CRUZ, Oswaldo Gonçalves. *Opera Omnia*. Rio de Janeiro, Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1972.

DINIZ, Orestes. *Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil*. In: Boletim do Serviço Nacional da Lepra. Rio de Janeiro, 1960.

DINIZ, Orestes. 'Lepra e Doença de Chagas'. In: *Arquivos mineiros de leprologia*, ano 9, n 3, jul. 1949.

EDWALL, Gustavo. 'Para curar a morphêa vamos cultivar plantas estrangeiras como a CHAULMOOGRA; os cubanos porém, para o mesmo fim querem cultivar uma planta genuinamente brasileira, o CANUDO DE PITO'. *Chacaras e Quintaes*, 15 de Abril de 1924.

FARIA, Luis. "Breve estudo sobre as quinas." In: *Revista de Química e Farmácia*. Rio de Janeiro, 1(6), 73-81, out. 1935.

H. W. Wade " South America and leprosy" (Editorial) *International Journal of Leprosy* , 1938, 6 (4): 553-560/ p.554.

HEISER, Victor, G. ' Tratamiento de los leprosos'. In: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS); 1 (2): 20-23, JUN.1922. Texto apresentado em Conferencia Americana de la Lepra, 1, Rio de Janeiro, de 8 a 15 de outubro de 1922. [HTTP://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v1n2p20.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v1n2p20.pdf). (10/07/2007 às 17:20)

Hernando Garcia Barriga. " los vegetales en la terapeutica del mal de Hansen." *Revista de La Facultad de Medicina*. 1943, 12(4): 190-205.

HOLMES, E. M. 'New drugs introduced during the last fifty years'. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, Vol. XII, nº 8, agosto de 1923.

Instituto Oswaldo Cruz. *Relatório das atividades realizadas no ano de 1924*. Rio de Janeiro: IOC, 1924.

Instituto Oswaldo Cruz. *Relatório das atividades realizadas no ano de 1925*. Rio de Janeiro: IOC, 1925.

Instituto Oswaldo Cruz. *Relatório das atividades realizadas no ano de 1926*. Rio de Janeiro: IOC, 1926.

JACOBSON, R.R. & TRAUTMAN, J.A. - The treatment of leprosy with sulphones: the original Faget's 22 patients: a follow up of thirty years under sulphonotherapy for leprosy. In: *Int. J. Leprosy*, 22 : 71-78, 1971.

KUHLMANN, J. G. "A 'sapucainha', *carpotroche brasiliensis*". In: *Chacaras e Quintaes*. Vol42, 1930. P. 633-636.

KUHLMANN, J. Geraldo. "Monographia das especies brasileiras dos generos da tribu Oncobeeae: *Carpotroche*, *Mayna* e *Lindackeria*, (Flacourtiaceas) cujas sementes contêm um oleo analogo ao obtido das sementes da *Chaulmoogra*". In: *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*; 21(2):389-402, 1928.

KUHLMANN, J.G. 'Apreciações sistemáticas sobre os frutos do gênero 'carpotroche'''. *Anais da primeira Reunião Sul-Americana de Botânica*, vol.3. 1938, p.93-96.

LIBERALLI.C.H. 'Histórico das investigações sobre o óleo de sapucainha – (a propósito de um trabalho de J. R. T. Teixeira Leite)'. In: *Revista de Química e Farmácia*, Rio de Janeiro, 1(6):122-4, dezembro de 1935.

LIMA, Lauro de Souza. *Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo*. São Paulo, 1953.

MANSON, Patrick. "The necessity of special education in tropical medicine", *The lancet*, vol.II, 1897, pp842-845.

_____. *Tropical diseases: a manual of diseases of warm climates*. London, Cassel and Company, 1903, 3, edition.

MANSON-BAHR, Philip H. *Manson's tropical diseases*. London, Cassel and Company, 1925, 8 ed.

_____. *Manson's Tropical Diseases*. Baltimore, The Williams &Wilkins Company, 12a edition, 1945.

MARCHOUX, E. 'La lutte contre la lèpre dans les colonies française" In: *International Journal of Leprosy*. Vol. 2, no 3, aug-out. de 1934, p311-314.

MOUAT, F. J., “Notes on Native Remedies. The Chaulmoogra”. *Indian Ann. Med. Sci.* 1 (1854): 646-652. Apud: PARASCANDOLA J. Chaulmoogra oil and the treatment of leprosy. *Pharmacy in History.* 2003;45(2):47-57

MUIR, Ernest. *Lepra: diagnóstico, tratamento e profilaxia.* Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.135p.(ilus.).

MUIR, Ernest.; ROGERS, Leonard. *Lepra.* Minas Gerais: Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 1937, 331p.

Noticiário – V Congresso Internacional de lepra”. *Arquivos Mineiros de leprologia.* Belo Horizonte: Ano VIII, no 2, abril de 1948. P. 179p. 175-76.

Organización Panamericana de la Salud. ‘Nuevos horizontes em la lepra’ In: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 8 (12): 1388-90, dic., 1929.p. 1389-90.

PECKOLT, Theodoro. *Analyses de materia medica brasileira: dos productos que foram premiados nas exposições nacionais e na exposição universal de Paris em 1867.* Rio de Janeiro, Eduardo & Henrique Laemmert, 1868.

PECKOLT, Waldemar. ‘A morphêa e o CANUDO DE PITO, *Carpotroche brasiliensis*, Endl.’. In: *Chacaras e Quintaes.* São Paulo, 30(1):21-2, julho, 1924, p.21-23.

PEIXOTO, Afranio. *Clima e saúde: introdução biogeográfica à civilização brasileira.* 2. Ed. São Paulo, Ed. Nacional (Brasiliana, v. 129), 1975.

_____. *Noções de Higiene.* Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1925.

PENNA, Belisário, ‘O problema da lepra no Brasil’ Boletim da Academia nacional de Medicina, ano98, n 9, 1926,pp211-223. Apud: SOUZA ARAÚJO, *A História da Lepra no Brasil – Período republicano.* Vol.3. 1956. p.417.

PERKINS, Granville A. e Cruz, Aurelio O. ‘A comparative analytical study of various oils in the chaulmoogra group’. In: *The Philippine Journal of Science.* vol.23, dec.1923, no 6. P543-569.

POSSOLO, Helena. ‘Artigos Originais. As flacourtiáceas Antilepróticas – Resumo da memória laureada sob este título pela Academia Nacional de Medicina com o premio S. Lucas, 1940’. *Revista Brasileira de Farmácia,* Março de 1941, pp. 192/195.

_____. *As flacourtiáceas antilepróticas.* São Paulo, s. n., 1945.

_____. O oleo de chaulmugra na Farmacopeia Brasileira. In: *Revista de Química e Farmácia.* Maio-Junho de 1940.p. 35/37.

PUPO, J. de Aguiar. O óleo de chaulmoogra e as flacourtiáceas do Brasil. In: *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*. 1926:2(3) p.1-9.

PUPO, J. de Aguiar. Tratamento específico da lepra pelo óleo de chaulmoogra e seus derivados. Estudo das Flacourtiáceas do Brasil. In: *Brazil-Medico*, Agosto 1926, pp. 69-90.

RABELLO, Eduardo. “ Considerações sobre a profilaxia da lepra em São Paulo.” *Brasil-Médico*. RJ, v.45, no 17, 25 de abril de 1931, p. 371-2.

_____. “O problema da lepra no Brasil”. In: *Boletim da Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, sessão de 24 de junho de 1926*. 1926: 989. P.273-291.

_____. ‘Prophylaxia da lepra e das Doenças Venereas no Brasil’. In: *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*. Ano II, no 1, Janeiro de 1926.

RAMOS E SILVA, J. A quimioterapia da lepra: seu estado actual. In: *Annaes Bras. de Dermatologia e Syphilographia*. 1926:2(1), pp17-28.

Relatório Congresso no Cairo, 1938. *Revista de Higiene*, 19(9): 4-32, 1938 ou “Reports of meetings: the Cairo Congress”. *International Journal of Leprosy*, 1938, 6(3): 377-424.

RIVAS, Guillermo Muñoz. *Lepra – estudos experimentales./Estudios experimentales sobre la transmision de la lepra*. Laboratório Muñoz-Rivas, Colombia, 1958.

ROCHA, Raul. *Da lepra, o essencial*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1942.

ROTHER, Otto e SURERUS, Detlef. “Reconhecimento do ácido chaulmugríco no óleo de ‘Carpotroche brasiliensis’”. In: *Revista da Sociedade Brasileira de Química*, Rio de Janeiro, 2(8):358-64, julho de 193.

SAG/ Minutas de ofícios, ofícios, 767, de 16 de novembro de 1925.

SAG/Minutas de ofícios, ofício 694, de 10 de outubro de 1925.

SCHÖBL, Otto. ‘Chemotherapeutic experiments with chaulmoogra and allied preparations’. In: *The Philippine Journal of Science*. vol.23, dec.1923, no 6. P.533-542.

SCHUJMAN, Salomon. ‘ O óleo de chaulmoogra e seus derivados são menos ativos que as sulfonas no tratamento da lepra?’. In: *Arquivo mineiro de Leprologia*, ano 8, no 2, abril 1948, resumos.

Sessão da Academia Nacional de Medicina de 9 de agosto de 1928. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, RJ, v. 100, abril/jun, 1928. P. 535-40.

Sessão de 5 de outubro de 1933. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*. RJ, 1933-1934, jul-jun. p.416-7.

SHIONUMA, E; NAGAI, K.; MAEDA, T. 'The climate theory in leprosy'. In: *International Journal of Leprosy*. , vol. 6, no 3, 1938, pp.315-324.

SILVA, Rodolpho Albino Dias da Silva. ' O chaulmoograto de ethylio'. In: *Revista Brasileira de Medicina e Farmácia*, outubro-novembro de 1926. p. 399-400.

SILVA, Rodolpho Albino Dias da. 'Sapucainha'. In *Revista Brasileira de Medicina e Farmácia*, outubro-novembro de 1926. p 627-646.

SILVA, Rodolpho Albino Dias da. *Pharmacopéia dos Estados Unidos do Brasil*. São Paulo, Cia. Ed. Nacional, 1929.

SILVEIRA, Alvaro da. ' A sapucainha e a lepra' In: *Chacaras e Quintaes*. São Paulo, 67(1):76-7, janeiro 1943.p.77.

SKINSNES, O. K. Origin of Chaulmoogra oil – Another version. In: *International Journal of Leprosy*. Washington, vol. 40, número 2, abril-junho, 1972.

STANCIOLI, José; Salomao Abraao. "Considerações à margem do relatório da Comissão de terapêutica do V Congresso Internacional de lepra (Havana)". *Arquivos Mineiros de leprologia*. Belo Horizonte: ano X, no 2, abril, 1950, PP.108-112.

STELLFELD, Carlos. Assuntos a discutir e a esclarecer. In: *Tribuna farmacêutica.*, vol. 8, nº 1, Jan./Dez. 1940, pp. 275/277.

TIBIRIÇA, Alice. *Como eu vejo o problema da lepra e como me vêem os que o querem manter*". S. P. Soc. De ASS. Aos Lázaros e Defesa contra a lepra, 1934.

WARING, Edward John. *Pharmacopeia of India*. London: India Office,1868.

'A cura da lepra- plantas brasileiras sucedaneas da 'chaulmoogra'" In: *A lavoura*, ano30, 1920, p138-142.

'A phase de ouro de uma campanha'. In: *Boletim da Federação das Sociedades de Assistência aos Lazaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo, ano 1, no 8, 30 novembro de 1929.

'Noticiário - Conclusões do V congresso Internacional de Lepra' In: *Arquivos mineiros de Leprologia*, Belo Horizonte, ano VIII, no 2, abril 1948, p.175 a 181.

" Conclusões do 5o Congresso Internacional de lepra, Reunido em Cuba, abril de 1948" – *Revista brasileira de leprologia*, vol. XVI, set. 1948, no 3.p225

" Culturas de plantas antileproticas, atividades experimentais e outros estudos. " *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. RJ: Imprensa Nacional, ano II, no2, Junho 1943, P.87-88.

“ Transcrições – VI Congresso Internacional de Leprologia” Boletim do Serviço Nacional da lepra. RJ, Ano XIII, no 1, março de 1954, PP.26-48.

“Atribuições do Serviço Nacional da Lepra e programa de ação”. Boletim do Serviço nacional da Lepra. RJ. Ano II, no 2, junho de 1943, PP.5-7.

Bibliografia

ACKERKNECHT, E. H. “Anticontagionism Between 1821 and 1867”, *Bull. Hist. Med.* 22 (1948):462-93.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. *A invenção do Nordeste e outras artes*. 2ª edição. São Paulo/Recife: Cortez/Massangana, 2001

ALMEIDA, Marta de. *República dos invisíveis. Emílio Ribas, microbiologia e saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

ANDERSON, Warwick, "Immunities of Empire: Race, Disease, and the New Tropical Medicine, 1900-1920". *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 70, No. 1 (Spring 1996), pp. 94-118.

ANDERSON, Warwick. “Disease and citizenship”. In: ANDERSON, Warwick. *Colonial pathologies – american tropical medicine, race and hygiene in the Philippines*. Duke University Press, 2006.

ANDRADE, Márcio Magalhães de. *O Princípio do Mal: a ameaça leprosa no Rio de Janeiro colonial*. (Orientador: Dr. Jaime Benchimol) Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005;

ARAÚJO, Marcelo Grossi. 1925-2005 Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase. In: An. Bras. Dermatologia, 2005; 80(2):199-202.

ARNOLD, D. *La naturaleza como problema histórico – El medio, La cultura y La expansion de Europa*. México, Fondo de Cultura Economica, 2001.

ARMUS, Diego. Tango, gender and tuberculosis in Buenos Aires, 1900-1940. In: Armus, Diego. *Disease in the history of modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham, Duke University Press, 2003. p.101-129.

_____. Disease in the historiography of modern Latin America. In: Armus, Diego. *Disease in the history of modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham, Duke University Press, 2003. p.1-24

BARNES, B. T. S. *Kuhn y las Ciencias Sociales*. Tradução de Roberto Helier, México, Fondo de Cultura Económica, 1986.

BENCHIMOL, Jaime. *Dos micróbios aos mosquitos. Ferbre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.

_____. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva – 100 anos de saúde pública*. Abrasco, vol.5 número 2, 2000.

_____. (coord.). *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC/FIOCRUZ, 1990.

_____; SÁ, Magali Romero (org.). *Hanseníase/ leprosy. (Adolpho Lutz: Obra Completa, v.1, livro 2)* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.).

_____; TEIXEIRA, Antonio Luiz. *Cobras, lagartos e outros bichos – uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1993.

BRAGA, Andréa Baptista Freitas. *“O que tem de ser tem força”*: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955). (Orientadora: Dra Ângela de Araújo Porto), Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz, 2006;

BUCKINGHAM, Jane. *Leprosy in Colonial South India: Medicine and Confinement*. Basingstoke: Palgrave, 2002: 236pp.

CAPONI, Sandra. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2003, vol.10, n.1 , pp. 113-149.

_____. Trópicos, micróbios e vetores. In: MARTINS, L. A.; MARTINS, L.A.C.P.; SILVA, C.C.; FERREIRA, J.M.H.(eds) *Filosofia e história da ciências no Cone Sul: 3º encontro*.Campinas:AFHIC, 2004, 429-437.

_____. “Trópicos, micróbios y vectores”, *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 9, 2002 (suplemento), pp. 111-38.

CARNEIRO, Glauco. *História da dermatologia no Brasil*. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2002.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

_____. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. In: Hochman, Gilberto; Armus, Diego. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004. p.427-453.

_____. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 1996, vol.3, n.3, pp. 391-408.

CLARO, Lenita. *Hanseníase – Representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. '*Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*'. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2007. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História. Orientador: André Luiz Vieira Campos.

_____. A lepra e os novos referenciais da medicina brasileira no final do século XIX: O Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros. In: Nascimento, Dilene Raimundo do; Carvalho, Diana Maul de; Marques, Rita de Cássia, *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro, Mauad X, 2006. P.147-178.

_____. A terapêutica da lepra. In: Esboços: Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC; Esboços: Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC; 2006.

CROSBY, Alfred. *Ecological imperialisms. The biological expanse of Europe, 900-1900*. Cambridge University Press, 1986.

CUNHA, Vívian da Silva. *O isolamento Compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre. Orientador: Gilberto Hochman. Rio de Janeiro, 2005.

CUNNINGHAM, Andrew e WILLIAMS, Perry (eds.). *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992;

CURI, Luciano Marcos. "*Defender os sãos e consolar os lázaros*". *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

DANTES, M.A.M. (1979), Institutos de pesquisa científica no Brasil. In Ferri, M.G. & Motoyama, S. *História das Ciências no Brasil*. São Paulo: Edusp.

_____. Fases da Implantação da Ciência no Brasil. In *Quipu*, vol. 5, no.2, p. 265-275, 1988.

_____. *Espaços de ciências no Brasil(1800-1930)*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2001.

DIXON, Bernard. *Além das balas mágicas*. São Paulo, EDUSP, 1981.

DRUMMOND, José Augusto; FRANCO, José Luiz de Andrade. 'Preocupações com a Proteção à Natureza e com o Uso dos Recursos Naturais na Primeira República Brasileira.' In: *Textos de História* (Revista da Pós-Graduação em História da Unb / Dossiê História Atlântica), Vol.12, no ½, 2004, p145-165;

DRUMMOND, José Augusto; FRANCO, José Luiz de Andrade. 'Alberto José Sampaio: um botânico brasileiro e o seu programa de proteção à natureza. In: *Varia História*, Belo Horizonte, v. 33, 2005, p. 29-159.

EDLER, Flávio Coelho. *A constituição da Medicina Tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, IMS-Uerj, 1999.

FARLEY, John, "Parasites and Germ Theory", in Charles Rosenberg e Janet Golden (editors), *Framing Disease - Studies in Cultural History*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1997;

FLECK, Ludwik. *La gènesis y el desarrollo de um hecho científico*. Madrid: Alianza, 1986.

FLEIUSS, Maria Carolina Max. "Bio-bibliografia do Dr. Heráclides Cesar de Souza-Araujo". In: *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, volume 237, separata, PP. 316-344, outubro/dezembro de 1957.

FREYRE, G. *Novo mundo nos trópicos*. Lisboa, Coleção livros do Brasil, 1969.

FERREIRA, Luiz Otávio. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-1843). *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 331-351, 1999;

FERREIRA, Luiz Otávio . Uma interpretação higienista do Brasi. In: Alda Heizer; Antonio Augusto Passos Videira. (Org.). *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. 1 ed. Rio de Janeiro: Acess Editora, 2001, v. , p. 207-224;

FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese de doutorado. São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP, 1996;

GARRET, Laurie. "Transição da saúde / A era do otimismo: vamos erradicar a doença." In: *A próxima peste – novas doenças num mundo em desequilíbrio*. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1995.

GRAMICCIA, Gabriele. *The life of Charles Ledger (1818-1905) – Alpacas and quinine*. Pp.106-165.

HAMLIN, Christopher. 'Predisposing causes and public health in early nineteenth-century medical thought'. In: *Social history of medicine*. vol.5no 1. Abril, 1992

HANNAWAY, Caroline, "Environment and miasmata", In W. F. Bynun and Roy Porter (ed.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. I. London and New York, Routledge, 1993, pp.292-307.

HARRISON, Mark. *Climates and constitution- health, race environment and British Imperialism in Índia*. Oxford University Press, 1999.

HARRISON, R. *Forests: the shadow of civilization*. Chacago, 1992.

HEISER, Victor. *A odisséia de um médico americano- aventuras em quarenta e cinco países*. Porto Alegre: Edição Globo, 3ª ed, 1943.

HEIZER , Alda; VIDEIRA , Augusto. (Org.). *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001;

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

KREIMER, Pablo. El estudio social de los laboratorios de investigación científica em la periferia: estudos teóricos y metodológicos. In: *Ciência em perspectiva. Estudos, ensaios, debates*. Rio de Janeiro: MAST:SBHC, 2003 (Coleção História da Ciência - Série Estudos da Ciência, Vol. 1)

KREIMER, Pablo. De probetas, computadoras y ratones. La construcción de una mirada sociológica sobre la ciencia. Buenos Aires, Editorial UNQ, 1999.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Tese de doutorado. Orientador: André Luiz Vieira de Campos. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, 2006.

KROPF, Simone Petraglia e LIMA, Nísia Trindade. Os valores e a prática institucional da ciência: as concepções de Robert Merton e Thomas Kuhn. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Nov. 1998/ Feb. 1999, vol.5, no.3, p.565-581

KUHN, Thomas S. A tensão essencial: tradição e inovação na investigação científica. In: *A tensão essencial*. Lisboa: edições 70, 1989, pp275-291.

KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo, Perspectiva, 2000. p. 59.

_____. *O caminho desde a Estrutura*. São Paulo: UNESP, 2006.

KURY, Lorelai B. Viajantes naturalistas no Brasil oitocentista: experiência, relato e imagem. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 8 (supl.), p. 863-880, 2001.

LABRA, Maria Eliana. *O movimento sanitário nos anos 20. Da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Brasileira de Administração Pública/Fundação Getúlio Vargas, 1985;

LATOUR, Bruno. *A esperança de Pandora*. São Paulo: EDUSC, 2001.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LE GOFF, Jacques. *As doenças têm História*. Lisboa: Ed. Serramar, s.d.

LEI, Sean Hsiang-lin. "From *changshan* to a new anti-malarial drug: re-networking Chinese drugs and excluding Chinese doctors". In: *Social Studies of Science*, vol. 29, no 3, 1999, pp323-58.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. "Pouca saúde e muita saúde: sanitário, interpretações do país e ciências sociais". In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (org.) *Cuidar, controlar, curar – ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. p. 493-533.

LIMA, Zilda Maria Menezes. *O grande 'polvo de mil tentáculos': A lepra em Fortaleza (1920/1942)*. Orientador: Dr. Manoel Luiz Lima Salgado Guimarães. Doutorado em História Social, UFRJ, IFCS, 2007.

LIVINGSTONE, David N.. 'Human Acclimatization: perspectives on a contested field of inquiry in Science, medicine and geography'. In: *History of Science*, 25, 1987, 359-394.

LOWY, Ilana. Ludwick Fleck e a presente História das Ciências. In: *História, Ciência, Saúde- Manguinhos*, I (1): 7-18, jul.-out., 1994.

MACIEL, Laurinda Rosa. *"Em proveito dos sãos, perde o lázaro a sua liberdade ": uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2007. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História. Orientador: André Luiz Vieira Campos.

MACIEL, Laurinda Rosa. A solução de um mal que é um flagelo. Notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX. In: Nascimento, Dilene R.; Carvalho, Diana M. (org.). *Uma história brasileira de doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

MAIA, Carlos Alvarez. 'A domesticação da história das ciências pelo sistema das ciências'. In: Soares, L. C.(org.) *Da Revolução científica à big (business) science. Cinco ensaios de história da ciência e da tecnologia*. São Paulo: Hucitec; Niterói: ed.UFF, 2001.

MANSON-BAHR, Sir Philip. *Patrick Manson – the father of tropical medicine*. Edinburgh: Thomas Nelson and Sons Ltd, 1962.

MONTEIRO, Yara Monteiro. Doença e exclusão: a utilização do espaço no isolamento de portadores de hanseníase. In: Villela, W.; Kalckmann, S.; Pessoto, U. C. (org.). *Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002, pp. 105/111.

MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social, São Paulo: USP, 1995.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir A. Terapêutica multidroga. In: *An bras Dermatol*, 65(1): 37-40, 1991;

PARASCANDOLA, J. Chaulmoogra oil and the treatment of leprosy. *Pharmacy in History*.2003;45(2):47-57

PITA, João Rui. *História da Farmácia*. Coimbra: Minerva, 1998.

PORTER, Roy, “Scientific medicine in the nineteenth century”, In; *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanit*.New York/London: W.W. Norton & Company, 1999, pp304-47.

PORTER, Roy, “From Pasteur to penicillin” In; *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanit*.New York/London: W.W. Norton & Company, 1999, pp.428-461.

QUEIROZ, Marcos de Souza; PUNTEL, Maria Angélica. *A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 1997.

REVISTA HISTÓRIA, CIÊNCIAS, SAÚDE – MANGUINHOS. *Leprosy: a long History of Stigma*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2003.

ROQUE, Ricardo. Sementes contra a varíola: Joaquim Vás e a tradução científica das pevides de bananeira brava em Goa, Índia (1894-1930). In: *Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v.11, suplemento1, 2004.

ROSEN, George. A Era bacteriológica e suas conseqüências (1875-1950). In: *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1994. pp231-266.

ROSENBERG, C. ‘The therapeutic Revolution: medicine, meaning and social change in nineteenth-century América. In: *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992,pp9-31;

ROSENBERG, Charles. "Framing disease: Illness, society and history", in: Rosenberg, Charles. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

SÁ, Dominichi Miranda de. A Ciência como Profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935). Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006. v. 1. 216 p.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; SIANI, Antonio Carlos. "O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica." *Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2008.

SANTOS, Luis Antônio Castro. "O Pensamento sanitário na Primeira República: uma Ideologia da construção da nacionalidade." *Dados, Revista de Ciência Sociais*. Rio de Janeiro, vol.28, pp. 1903-210, 1985.

SANTOS, Nadja Paraense dos. Theodoro Peckolt: a produção científica de um pioneiro da fitoquímica no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2005, vol.12, n.2 pp. 515-533.

SANTOS, Nadja Paraense dos; PINTO, Angelo C. and ALENCASTRO, Ricardo Bicca de. Theodoro Peckolt: naturalista e farmacêutico do Brasil Imperial. *Quím. Nova* [online]. 1998, vol.21, n.5, pp. 666-670.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. *Entidades Filantrópicas & Políticas Públicas no Combate à Lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945)*. (Orientador: Dr. Jaime Benchimol) Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006;

SHELDON, Watts. "Dark hidden meanings: leprosy and lepers in the medieval West and in the tropical world under the European Imperium", *Epidemics and history. Disease, power and imperialism*. New Haven / London, Yale University Press, 1997, pp-40-83.

SKINSNES, O. K. Origin of Chaulmoogra oil – Another version. In: *International Journal of Leprosy*. Washington, vol. 40, número 2, abril-junho, 1972.

STEPAN, Nancy Leys. *Picturing tropical nature*. Reaktion books, 2001.

THOMAS, K. *O homem e o mundo natural*. São Paulo, 1999.

TOMES, Nancy. *The gospel of Germs. Men, women and the microbe in american life*. Harvard Univ. Press, 1988;

TORRES, Diana Obregón. "Building national medicine: leprosy and power in Colombia, 1870-1910", *Social History of Medicine*, 15 (1), pp89-108.;

_____. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*. Banco de la República – Fondo Editorial Universidad EAFIT, Medellín, 2002. Pp. 422.

_____. “debates sobre la lepra: medicos e pacientes interpretan lo universal y lo local”. In: *Culturas científicas y sabers locales: asimilación, hibridación, Resistencia*. Colombia, Universidad Nacional de Colombia., s.d.

_____. The State, physicians and leprosy in modern Colombia. In: ARMUS, Diego. *Disease in the history of modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham, Duke University Press, 2003. p.130-157

TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo – Lepraids*. Campinas: Ed. da Unicamp, 2000.

WARNER, John Harley. “From specificity to universalism in medical therapeutics: transformation in the 19th-Century United States’. In: LEAVITT, Judith Walzer, NUMBERS, Ronald L. *Sickness and health in America: readings in the history of medicine and public health*. University of Wisconsin Press, 1997

WELTMAN, Wanda Latmann. *A educação do Jeca: ciência, divulgação científica e agropecuária na Revista Chácaras e Quintais (1909-1948)*. (Orientadora: Dra Nísia Trindade Lima. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2008.

WEATHERALL, Miles. “Drug Therapies”. In W. F. Bynun and Roy Porter (ed.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. I. London and New York, Routledge, 1993, 915-938.

WILLIAMS. R. “Ideas of nature”. In: *Problems in materialism and culture*. London, 1980.

WORBOYS, Michael. “Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: From ‘Diseases in the Tropics’ to ‘Tropical Diseases’”. In David Arnold (ed.), *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta, Rodopi, 1996, pp. 181-207;

_____. “Tropical diseases”. In: Bynum, W. F.; Porter, Roy (eds.) *Companion Encyclopedia of the History of medicine*. London/ New York, Routledge, v.1, 1997, pp512-36.

_____. The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900-1940. In: *Osiris*, 2nd Series, Vol. 15, Nature and Empire: Science and the Colonial Enterprise (2000), pp. 207-218.

ANEXOS

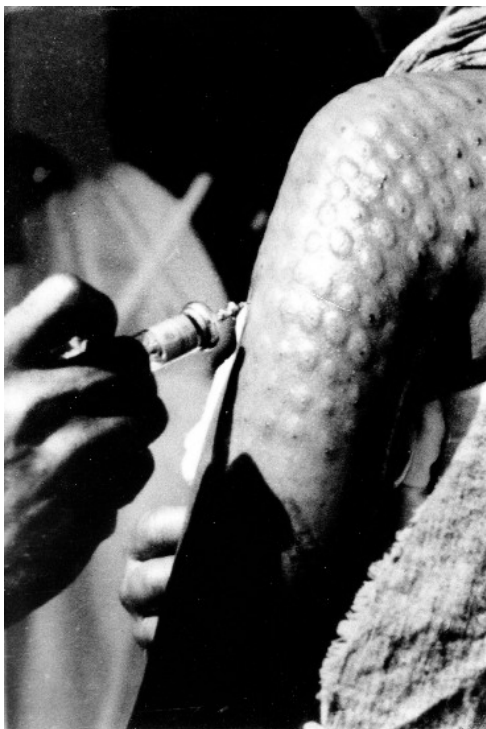
Figura 1



Preparação do óleo de chaulmoogra, 1928.

<http://www.leprosyhistory.org/graphics/gallery/chaul2.jpg>

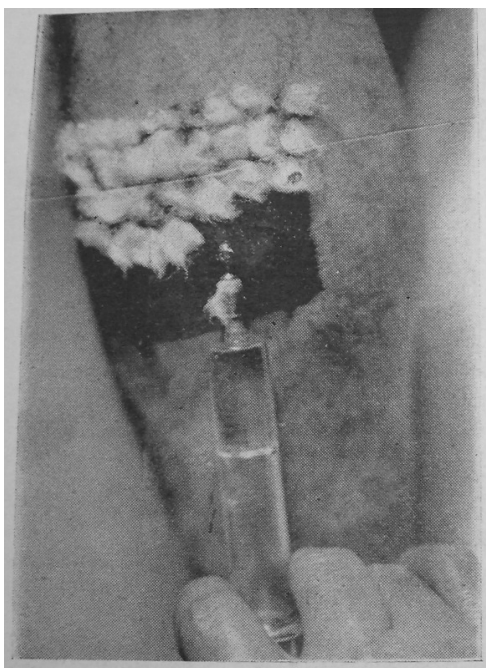
Figura 2



Injeções do óleo de chaulmoogra.

(<http://www.leprosyhistory.org/graphics/gallery/chaul3.jpg>)

Figura 3



Método de tratamento intradérmico (plancha) pelos derivados chaulmoogricos.

(BEHELLI, L. M; ROTBERG, A. Maurano. *Tratado de Leprologia*. Vol. 4. Clínica e terapêutica, Serviço Nacional da Lepra, Rio de Janeiro, 1944.)

Figura 4

O Instituto Científico São Jorge S. A.,

à vista do Relatório da Comissão de Terapêutica, do V Congresso Internacional de Leprologia de Havana, Cuba, realizado de 3 a 11 de abril de 1948, chama a atenção da ilustre classe médica latino-americana e particularmente dos especialistas em lepra, sobre a fórmula do seu produto

"ANTILEBRINA"
que é a seguinte:

Componentes	%	Por ampola	
		2 cm ³	5 cm ³
Esteres do Óleo de Chaulmoogra	80	1,60	4,00
Ciclofórmio	0,5	0,010	0,025
Canfora	0,5	0,010	0,025
Timol	0,2	0,004	0,010
Vitamina "D" cristalizada: (40 milhões U. I. por grama)	0,001	8,000	20,000
Óleo concentr. em Vitamina "A": (500.000 U. I. por grama)	0,2	2,000	5,000
Óleo de Amendoim purificado	q. s. p.	2 cm ³	5 cm ³

A "ANTILEBRINA" é considerada hoje o produto ideal para o tratamento da lepra:

- 1.º Por ser preparada por um processo técnico especial;
- 2.º Pela qualidade do óleo de chaulmoogra usado, de extração recente e da melhor qualidade (*Hydnocarpus Wightiana*);
- 3.º Pela porcentagem do óleo de chaulmoogra contida na sua fórmula, 80% (oitenta por cento);
- 4.º Pela riqueza da sua fórmula em Vitamina "D" cristalizada e Vitamina "A";
- 5.º Pela sua tolerância e perfeita assimilação, e, finalmente,
- 6.º Por não produzir reações, nem provocar acidentes locais.

Além da "ANTILEBRINA" injetável (ampolas de 2 e 5 cm³), o Instituto Científico São Jorge S. A. fabrica também a ANTILEBRINA EM GOTAS, para uso oral; ANTILEBRINA PARA FRICÇÕES e ANTILEBRINA PARA USO NASAL, como coadjuvante no tratamento da lepra.

Propaganda do preparado chaulmoogrico *Antilebrina*, 1949.

(*Boletim Científico*, ano II, no 4, setembro de 1949, p. 24)

Figura 5



Sementes, óleo e ésteres da Chaulmoogra.

(http://www.asnom.org/en/240_pharmacien_colonial.html)

Figura 6



João Geraldo Kuhlmann e Heráclides Cesar de Souza Araújo com espécie de Chaulmoogra.
(Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz:
FOC (DPSA-F) 6-8 CD 78)