



A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil

*Escola Tropicalista
Baiana (Bahia
Tropical School): the
mystical origin of
tropical medicine in
Brazil*

Flavio Coelho Edler

Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz (COC)
edler@coc.fiocruz.br

EDLER, F. C.: 'A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina Tropical no Brasil'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(2):357-85, maio-ago. 2002.

Este artigo pretende problematizar as abordagens vigentes sobre a gênese da medicina tropical no Brasil, pondo em cena atores, conceitos e práticas médicas do período oitocentista, geralmente percebidos como antagônicos ao processo de institucionalização desse campo disciplinar. É nosso objetivo rever a rígida demarcação entre dois períodos — pré-científico e científico — no desenvolvimento da cultura médica no período imperial.

PALAVRAS-CHAVE: medicina, tropical, história, medicina, Brasil, século XIX, Escola Tropicalista Baiana.

EDLER, F. C.: 'Escola Tropicalista Baiana (Bahia Tropical School): the mystical origin of tropical medicine in Brazil'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(2):357-85, May.-Aug. 2002.

This article aims at presenting the polemic current views on the genesis of tropical medicine in Brazil, by analyzing medical agents, concepts and procedures during the 18th century, which are generally understood as opposed to the institutionalization of this field of studies. It is our objective to revise the rigid boundaries between the pre-scientific and the scientific periods medical practice underwent during the Empire.

KEYWORDS: medicine, tropical medicine, history of medicine, Brazil, 19th century, Escola Tropicalista Baiana

Introdução

Há um arraigado consenso na historiografia médica brasileira quanto à existência de duas fases contrastantes em seu desenvolvimento histórico (Edler, 1998; Ferreira, 1996; Benchimol, 1996). A primeira, pejorativamente qualificada como casuística e pré-científica, tem sido apresentada como um conjunto eclético de conhecimentos acumulados sobre fenômenos mórbidos e vitais, reunidos de forma aleatória. Tal amálgama de preconceitos difusos — animismo, vitalismo, irritabilidade, brownismo e broussaísmo — de cunho dogmático e especulativo estaria em vigor desde a centúria anterior. Os médicos brasileiros do século XIX teriam, segundo essa interpretação, especial aversão à observação metódica e à experimentação científica, sendo meros repetidores do saber médico europeu.¹ A essa fase casuística, teria sucedido a fase atual, marcada pelos fundamentos racionais definidos pelos cânones científicos da anatomoclínica, da fisiopatologia e pelo emprego sistemático do arsenal teórico e metodológico da moderna medicina experimental.

Recorre-se comumente a duas evidências factuais para corroborar essa interpretação, algo comtiana, sobre a luta entre supostos espíritos metafísicos e aqueles de índole científica, presentes no campo médico brasileiro. Por um lado, dispõe-se de toda a hagiografia construída em torno de Oswaldo Cruz e seus detratores — “espíritos dogmáticos”, “positivistas adeptos da religião da humanidade”, “inimigos da razão civilizadora”, “viúvos da velha ordem monárquica” etc. (Brito, 1995).

Outra prova freqüentemente mencionada e minuciosamente documentada refere-se à suposta rejeição, pelas principais instituições médicas do Império — as faculdades de medicina da Corte e de Salvador, a Academia Imperial de Medicina (AIM) e a Junta Central de Higiene Pública —, às conclusões dos trabalhos experimentais no campo da parasitologia médica, publicados, a partir de 1866, pelo dr. Otto Wucherer (1820-1873), na *Gazeta Médica da Bahia*. Tal controvérsia seria marcada, segundo a literatura histórica consultada, por um episódio típico de *lesa scientia*: a Academia Imperial de Medicina teria rejeitado, sem prévio exame e por meio de votação, a hipótese etiológica, apresentada por Wucherer, sobre a origem verminótica da doença conhecida vulgarmente como opilação, ou hipoemia intertropical, como a designara o eminente diretor da Faculdade de Medicina da Corte, Cruz Jobim.

Como decorrência dessa interpretação dualista, um verdadeiro *tour de force* foi feito por memorialistas e historiadores clássicos que se empenharam em salvar do naufrágio histórico alguns dos mais célebres médicos do Império, que polemizaram com os sectários da parasitologia ou da teoria microbiana das doenças, como os drs. Torres Homem (Nava, 1947) e Cruz Jobim (Fernandes, 1982).

Boa parte da produção acadêmica atual, apesar de rejeitar formalmente as narrativas históricas que apresentam as contribuições

médico-científicas mais ou menos dispostas como uma marcha progressiva do intelecto humano, tem encontrado dificuldades para se desvencilhar da herança positivista inerente ao critério de periodização dos estudos pioneiros. A suposição de que o saber médico nacional não tinha fundamentação científica, nem era controlado e validado pelos critérios vigentes de cientificidade, tem levado alguns dos melhores intérpretes da medicina oitocentista a apostarem numa explicação heterônoma de seu processo de produção, validação e institucionalização (Luz, 1982; Machado, 1979). O saber médico então vigente seria expressão ou produto da estrutura da sociedade senhorial envolvente. Explicá-lo envolveria uma operação de tradução dos interesses dominantes, que forjariam a consciência médica 'de fora'.

A revisão que propomos dessa periodização clássica não implica negar as rupturas, mas sim o critério de cientificidade utilizado para demarcar os territórios do saber médico. Trata-se, assim, de afirmar que o ambiente médico da época era herdeiro de uma multiplicidade de práticas, conceitos e métodos. Mesmo se nos restringirmos à medicina acadêmica oitocentista, deixando de lado as variações polimorfas das tradições culturais e práticas artesanais que resultaram da longa experiência colonial, teremos que reconhecer que aquele período foi marcado pela disputa entre três *démarches* sociocognitivas distintas: a anatomoclínica, a topografia médica e a medicina experimental. A primeira, que será analisada em sua versão brasileira no presente artigo, teve como espaço institucional característico o hospital. A segunda, cunhada pejorativamente, pela clínica hegemônica, de medicina de gabinete — em virtude do uso do método estatístico —, foi sendo assimilada com reservas, ainda na primeira metade do Novecentos. A última, a medicina de laboratório, apresentou-se no cenário científico, desafiando francamente a forma de produção do saber médico e as instituições que até então serviam para validá-lo e arbitrá-lo: a bancada, a cobaia, o cadinho e o microscópio deveriam substituir respectivamente o leito, o paciente, o tato clínico e o estetoscópio. É óbvio que essas referidas tradições científicas, como modelos teóricos, nunca tiveram existência 'pura', aparecendo sempre uma maior ou menor interpenetração entre elas nas situações históricas concretas. É nossa intenção aqui chamar atenção justamente para um aspecto obscuro de nossa história médica num período em que adeptos da medicina hospitalar, como a denominou Ackerknecht, enfrentaram os pioneiros sectários da medicina de laboratório. Nesse confronto em que a bancada foi mobilizada contra o leito, procurou-se redefinir o espaço e as regras de produção dos conhecimentos médicos, bem como a hierarquia de competências no processo de sua validação.

A interpretação dominante até recentemente, na historiografia internacional da medicina oitocentista, vinha apresentando a clínica e o laboratório como simbioticamente relacionados (Geison, 1979). Nessa linha, o desenvolvimento dos laboratórios tem sido pensado como um

novo recurso que possibilitaria desenvolver o conhecimento médico de maneira complementar e mais apropriada. A versão mais freqüente é a que identifica como única orientação científica legítima aquela proveniente da prática experimental do laboratório subsidiada pela clínica, o que levou muitos historiadores a avaliar as resistências à fisiologia experimental, à parasitologia e à bacteriologia, como resistência à própria ciência, seu método, seus valores (Maulitz, 1979; Warner, 1992).

Este artigo pretende pôr em relevo os problemas e os programas de investigação institucionalizados no Brasil, pelos médicos que seguiam a tradição anatomoclínica e higienista, ainda na primeira metade do século XIX, buscando com isso recuperar o significado de seus trabalhos, suas ambições e combates. Dessa forma, inscrevemo-nos no rol de estudos históricos, que têm contribuído para reavaliar a concepção monolítica de ciência e que vêm informando a imagem clássica da medicina pré-pastoriana. Ciência teria significações diversas para diferentes grupos praticantes da medicina acadêmica, ao longo daquele período (Lawrence, 1985; Cunningham, 1992; Pickestone, 1993).

O espectro de Wucherer

Vejamos com mais atenção o importante estudo de Peard (1990), que, partindo de um questionamento semelhante ao nosso sobre a periodização clássica, emite opiniões e conclusões que, em parte, contrariam nosso ponto de vista. A opção de apresentar detalhadamente os principais argumentos de Peard deve-se ao fato de ser o seu o mais completo e exaustivo estudo histórico a respeito dos médicos que se organizaram em torno da *Gazeta Médica da Bahia*, núcleo original das pesquisas em helmintologia médica. Neste artigo nos restringiremos a abordar sua tese central que sintetiza e atualiza a visão da historiografia já referida. Deixaremos de comentar outros aspectos extremamente inovadores de seu estudo, como as relações da medicina acadêmica com as mulheres, com as redes clientelistas e filantrópicas e com questões raciais.

O primeiro ponto a ser ressaltado se refere à sua desconfiança diante da imagem amplamente aceita pela historiografia, que apresenta os médicos brasileiros daquela época como reprodutores passivos da medicina européia e lentos em abraçar os modelos médicos que se encontravam no *front* da ciência. Tal imagem, argumenta a autora, teria sido sedimentada ainda nas primeiras décadas do século XX, quando se procurou criteriosamente “esconder os episódios precedentes”, voltados para a construção de tradições médicas locais. Seu trabalho teve por objetivo desvelar uma história deliberadamente encoberta pela geração de Oswaldo Cruz, revendo a interpretação, promulgada por esse grupo, de que o período anterior pertenceria à “idade das trevas” da medicina (Peard, 1997, pp. 2-3). Outro mérito inegável de

seu trabalho é o de inverter o sentido do caminho geralmente trilhado pelos historiadores que analisam a constituição da medicina tropical a partir do ponto de vista europeu. Ao focalizar os interesses dos médicos que viviam num país tropical, o problema da gênese dessa disciplina tornou-se mais complexo e ambíguo.

Para comprovar suas hipóteses, Julian Peard desenvolve um estudo aprofundado sobre um grupo de médicos baianos que, na segunda metade do século XIX, “inicialmente fora do ambiente institucional”, ajudou a disseminar “novas idéias sobre saúde e doença no Brasil”. A Escola Tropicalista Baiana, como tal grupo ficou conhecido, notabilizou-se por seus trabalhos sobre beribéri, ancilostomíase, filariose e ainhum — doenças associadas ao clima tropical. Peard postula ainda que, em contraste com as idéias de medicina tropical desenvolvidas pelas potências coloniais européias, os tropicalistas teriam forjado sua própria definição de medicina tropical, baseados na crença otimista sobre a possibilidade de se construir um lugar para o Brasil ao lado das nações civilizadas, apesar de seu clima e do povo miscigenado. Desse modo, ela privilegia dois ângulos de análise. Primeiramente, o processo de constituição da base institucional, isto é, a trajetória que conduziu esse grupo da posição inicial de *outsiders*, críticos ao ambiente médico baiano, até sua total assimilação pela comunidade médica. Em seguida, num patamar mais próximo da história cultural, ela examina como as idéias médicas européias de cunho raciológico e climatológico foram adaptadas ao contexto social do império brasileiro.

Esticando seu argumento, ela assinala que a recusa do estereótipo dos trópicos como região deletéria para o europeu, “bastante disseminada desde o século XVIII”, conduziu à produção de um conhecimento original por parte desses médicos organizados em torno da *Gazeta Médica da Bahia*, em bases não formalmente institucionalizadas, bem antes do advento dos institutos de medicina tropical. Teorias raciais, como o poligenismo, bastante vulgarizado nos Estados Unidos, foram rejeitadas por uma sociedade miscigenada, em que muitos médicos eram mulatos ou negros (Peard, 1990, pp. 186-203, 205). Por outro lado, “ainda que não declaradamente lamarckistas”, os médicos da Bahia valorizavam a maleabilidade e adaptabilidade dos seres humanos, em contraposição ao determinismo climático amplo. “Esta concepção da natureza humana possibilitava que os tropicalistas desenvolvessem um modelo etiológico flexível que punha ênfase no papel dos médicos na preservação e recuperação da saúde de seus pacientes.” Em contraste com as conclusões anteriores de Goodyear (1982), Peard demonstra inequivocamente que a etiologia ambientalista não conduzia necessariamente a um determinismo pessimista sobre o clima tropical por parte daqueles médicos brasileiros. Ao investigar as doenças típicas do meio tropical, os tropicalistas da Bahia utilizaram os mais avançados instrumentos da medicina européia, tal como a “estatística médica, os novos métodos clínicos baseados na medição e na fisiologia aplicada,

o uso da química na análise das partes fluidas do corpo, particularmente no campo da hematologia, a nascente parasitologia e, sobretudo, a microscopia, cuja utilização foi pioneira na Bahia”. Cada um desses instrumentos, ela argumenta, os diferenciava da medicina vigente. Os tropicalistas teriam rejeitado o antigo modo de interpretar as doenças tropicais a partir de difusos fatores ambientais, “impondo um novo modelo científico, o qual mudava o foco de suas pesquisas do meio ambiente para doenças individuais e específicas”. Teria sido essa nova orientação de seus trabalhos que os levou a serem aclamados internacionalmente e imprimiu a eles uma identidade mais vigorosa como movimento médico (Peard, 1997, pp. 10-5).

Desvendando os “mistérios” que envolviam doenças como a hipoemia intertropical e a elefantíase-dos-árabes, relacionando-as a parasitas e provando que era possível “fazer boa ciência nos trópicos”, eles teriam demonstrado que “a ameaça ubíqua da zona tórrida” era um preconceito que poderia “ser conhecido racionalmente, decifrado e combatido”. Ela não nega, entretanto, que os escritos dos tropicalistas expressavam “uma constante tensão entre as novas e as antigas abordagens e o papel dos médicos nelas”. Os tropicalistas seriam “eccléticos” por mesclarem “as novas idéias médicas européias com outras mais antigas que se enraizavam na cultura médica local” (idem, ibidem, pp. 17-25).

O aspecto mais problemático da tese de Peard reside no argumento da originalidade do enfoque global dos tropicalistas, em contraste com o meio médico brasileiro. Segundo ela, quando John L. Paterson (1820-82), José Francisco da Silva Lima (1826-1910) e, principalmente, Otto E. H. Wucherer (1820-73), além de um punhado de outros médicos, resolveram esclarecer e desenvolver o estudo da medicina brasileira através de encontros para discutir observações locais e pesquisas, eles estariam “se rebelando contra uma tradição na qual as idéias e práticas médicas eram marcadas pela conformidade e repetição da medicina ocidental européia, particularmente francesa” (Peard, op. cit., p. 5).

Embora pretendesse contestar a “noção generalizada” de que os médicos latino-americanos fossem “agentes secundários e passivos” do conhecimento médico europeu, o fato de ter apresentado os médicos da Escola Tropicalista como única “força dinâmica” em oposição ao pano de fundo da medicina brasileira do século XIX, levou Julyan Peard a reforçar ainda mais o estigma que pesava em relação a seus contemporâneos. A nosso ver, sua preocupação em caracterizar a singularidade daquela comunidade de médicos organizada em torno de um periódico, designando-os muito abusivamente como escola, levou-a a corroborar a visão dicotômica que ela parecia disposta a rejeitar. De fato, todas as tentativas de particularizar aquele movimento científico e corporativo dos médicos organizados em torno da *Gazeta Médica da Bahia* pecaram por atribuir-lhe um sentido inovador radical, tanto em sua relação com o passado médico nacional, quanto diante

do movimento médico e científico que lhe foi contemporâneo (Barros, 1997; Coni, 1952; Luz, 1982).

Não queremos com isso negar àquele grupo outros méritos, particularidades e inovações teóricas, além do impacto positivo no cotidiano das instituições médicas brasileiras. Apenas entendemos que a designação de escola, tal como sugerida por Coni (op. cit.) e reconstruída por meio de diferentes enfoques pela historiografia posterior, em vez de contribuir, veio dificultar o entendimento de algumas características da medicina brasileira naquele período. Não é possível apresentar, nos estreitos limites deste artigo, o conjunto de argumentos que conduzem a tal avaliação (Edler, 1999). Um dos motivos mais relevantes, que não discutiremos aqui, refere-se à análise que fizemos, apoiados na metodologia desenvolvida pela sociologia das controvérsias, sobre a polêmica entre a AIM e os defensores da teoria parasitológica da hipoemia intertropical. Tal estudo, além de tornar evidente que jamais houve uma votação condenando os trabalhos de Wucherer sobre a etiologia parasitária da hipoemia, revelou a impossibilidade de se decidir, naquele contexto, tanto por um critério racional, quanto por meio de uma prova empírica, qual das crenças científicas deveria prevalecer. Ambas as teorias eram, então, bem amparadas pelas evidências empíricas, embora apresentassem aspectos reconhecidamente problemáticos, mesmo para os seus defensores.

Nos próximos tópicos, nos empenharemos em tornar evidentes outros aspectos falaciosos que dão suporte às interpretações negativas sobre o ambiente médico nacional onde atuava o grupo da *Gazeta Médica da Bahia*. Nos restringiremos, desse modo, a uma apreciação da tradição médica estabelecida, cuja instituição mais proeminente, até a década de 1860, era a Academia Imperial de Medicina. Uma série de atributos que Peard imputa exclusivamente à Escola Tropicalista da Bahia são perfeitamente aplicáveis não só a outros movimentos médicos contemporâneos, mas à própria Academia, cuja finalidade seria, segundo seus criadores, “promover a ilustração, o progresso e a propagação das ciências médicas”, zelando pela produção e controle do conhecimento médico local, patrimônio dos médicos que aqui praticavam.²

Como discutiremos adiante, a valorização da singularidade da manifestação dos fenômenos mórvidos nacionais criava, de acordo com o paradigma climatológico então vigente, como que um virtual monopólio sobre esse saber, obrigando, outrossim, a uma espécie de aclimação do conhecimento e da prática médica importados da Europa. Apesar de conhecer o livro de Sigaud e valorizá-lo como o mais inovador trabalho médico escrito no Brasil até o advento da *Gazeta Médica*, Peard (1997) descreve-o como um caso isolado, sem perceber seu vínculo estreito com um movimento mais amplo voltado para a produção de um saber médico original sobre a nosologia brasileira.

A Academia Imperial de Medicina no tempo de Sigaud

Mas quantas provas, hesitações e dúvidas é preciso passar antes de adquirir o tato prático (no Brasil), essa capacidade de discernir...

O aclimatação é fácil no Brasil, por que é um país jamais visitado pela febre amarela, pela peste e pelo cólera.

Mesmo essas (doenças endêmicas), que existem agora, poderão desaparecer no decurso de meio século, se a higiene pública se fizer compreender e puder, em seguida, ditar suas leis Sigaud (1844, pp. 233, 104, 157).

A organização profissional e regulamentação da educação médica no Brasil, como atividade diversa da praticada por barbeiros, sangradores, práticos e curandeiros, começou apenas no século XIX, motivada pela súbita fuga da Corte portuguesa, ameaçada pelas tropas de Junot, para a cidade do Rio de Janeiro. Nessa ocasião, o príncipe regente d. João, transformado em refém de sua própria trincheira, iniciava uma série de reformas de cunho liberal, criando também os primeiros estabelecimentos de caráter cultural. No tocante à medicina, criou dois cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro (1808), pondo fim à era dos físicos e cirurgiões formados exclusivamente na Europa. Iniciava-se, assim, uma forte tradição clínica marcada pela figura do médico de família, que atuava ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista. Em 1832, as academias médico-cirúrgicas foram transformadas em faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. O mesmo decreto instituía os cursos de medicina, farmácia e de partos. O figurino das novas faculdades seguia o modelo francês, conforme orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829-35), embrião da Academia Imperial de Medicina.

Quando a Sociedade de Medicina foi criada, a higiene e a anatomoclínica passaram a dispor de uma trincheira estrategicamente orientada para enfraquecer a influência dos antigos cirurgiões portugueses e daqueles formados nas escolas médico-cirúrgicas da Corte e da Bahia (Ferreira, 1996). Nesse contexto, a anatomoclínica era praticamente toda a medicina, já que a fisiologia experimental de Claude Bernard (1813-78) e a patologia celular de Rudolph Virchow (1821-1902), que viriam a produzir uma medicina de laboratório, medicina sem doentes, estavam apenas se esboçando no horizonte da clínica. Nesse período, marcado pela crença da dependência da patologia e da terapêutica médicas aos fatores climático-telúricos circunscritos ao meio ambiente, a rejeição da herança colonial da Fisicatura-mor e do legado de informações médicas, mais ou menos impressionistas, descritas pelos viajantes naturalistas, impôs-se como precondição à afirmação do novo *ethos* profissional. Em torno da Academia de Medicina, uma elite médica empenhou-se, aguerridamente, na produção de um conhecimento original sobre a patologia brasileira.³

Du climat et des maladies du Brésil ou statistique médicale de cet empire, obra de José Francisco Xavier Sigaud publicada em Paris, no ano de 1844, almejava ser a expressão de uma prática científica coletiva, consolidada em 15 anos de atividades da mais importante instituição de saúde pública nacional: a Academia Imperial de Medicina. Desde sua criação até meados do século, ela conseguiria monopolizar duas importantes tarefas: ao mesmo tempo que se impusera como instrumento da política imperial da saúde pública, tornara-se o principal árbitro das inovações médico-científicas, contribuindo para sancionar tanto novas tecnologias em diagnóstico e terapêutica quanto novos conceitos e teorias estritamente voltados para o conhecimento da patologia brasileira.

Tal como a Academia de Medicina de Paris, que lhe servira como figurino, ela oferecia prêmios em competições anuais, coletava e examinava informações epidemiológicas, administrava a vacinação antivariólica, auxiliando o governo em matéria de educação médica, polícia higienista e saúde pública. A comparação entre as duas pode ser estendida a alguns de seus êxitos e fracassos: nas duas instituições, a produção, coordenação e arbitragem de um conhecimento médico orientado para a saúde pública resultou na organização da profissão médica em bases territoriais — bem mais precária no caso brasileiro — visando constituir uma rede de informações e coletas, cujo conjunto deveria ser processado, analisado e eventualmente aplicado pelos acadêmicos. Consolidavam-se, desse modo, as desigualdades regionais em benefício das elites médicas da capital, beneficiárias diretas de sua proximidade com as fontes de poder estatal;⁴ ambas, por outro lado, saíam igualmente derrotadas em suas pretensões de centralizar em suas mãos o poder de polícia no campo da saúde.

Um corpo de modestos peritos seria útil ao governo, enquanto outro, com excessivas pretensões administrativas, poderia se tornar um embaraço político. Os acadêmicos, aqui e lá, queriam poderes administrativos, mas só obtiveram papel consultivo.

A criação de uma Junta Central de Higiene Pública, em 1850, não representou o ápice do poder político dos higienistas brasileiros, como querem alguns historiadores. Além de esvaziar o poder da Academia Imperial de Medicina, a criação daquele órgão subordinou as ações oficiais no campo da saúde pública e polícia médica à pauta política e administrativa mais geral, o que gerou queixas e lamúrias por parte de acadêmicos e da imprensa médica independente, na Corte e na Bahia,⁵ que ecoaram até as reformas do ensino e da saúde pública da década de 1880. Desse modo, o livro de Sigaud é representativo de uma fase bem delimitada na vida da Academia, posto que, a partir da segunda metade daquele século, como veremos adiante, três fatores de origem diversa — mudança no perfil epidemiológico, na ordem política institucional e

no ambiente profissional — iriam inverter a posição privilegiada, que até então desfrutara, como formuladora da política de saúde pública.

Nos trabalhos dos acadêmicos, publicados no *Propagador das Ciências Médicas*, no *Diário de Saúde*, no *Semanário de Saúde Publica* e na *Revista Médica Fluminense* — os dois últimos, órgãos da AIM — destacava-se, como morbidade dominante da patologia nacional, a febre palustre. A singularidade da configuração patológica brasileira residiria no fato de que o “elemento palustre” (miasma) submeteria todas as outras enfermidades à sua influência. Como não podia deixar de ser, o livro de Sigaud está repleto de descrições detalhadas, extraídas das observações debatidas na Academia ou por ela colhidas entre os médicos das províncias mais distantes. Uma das mais importantes contribuições que pretendia realizar com sua obra era a apresentação, sob a forma de um enunciado geral, da chave de toda a patologia brasileira: “Nos países submetidos à infecção palustre, o elemento intermitente existe em todas as doenças, seja no estado agudo ou crônico. É sob esse último estado que ele se esconde, que sua substância proteiforme engana o olho exercitado do prático, dificultando-lhe a identificação e, mais ainda, a destruição.” Essa convicção era fundada cientificamente, segundo as regras de produção de fatos e teorias compartilhadas no contexto da experiência sociocognitiva da anatomoclínica e do paradigma climatológico. Tal epistemologia de matriz sensualista pressupunha a existência de instituições, como a Academia de Medicina, que regulavam uma prática coletiva, territorialmente delimitada, na coleta de registros de observações clínicas que compreendiam a descrição de diagnósticos, etiologias e terapêuticas utilizadas, e do exame anatomopatológico pós-morte (Sigaud, 1844, p. 174). Esse regime de produção de fatos médico-científicos pressupunha o compromisso da corporação médica local na produção de um conhecimento necessariamente restrito à sua própria jurisdição ambiental.

Outras endemias constatadas por aquele corpo de profissionais seriam o reumatismo, a erisipela, o piã, a hidrocele, a lepra, as hemorróidas, a hipoemia intertropical, a elefantíase-dos-árabes, a hematoquilúria. Ao lado dessas endemias, algumas epidemias tinham orientado os debates nas suas sessões semanais: a gripe, a sífilis, as bexigas, as doenças do fígado, do coração e da pele, o sarampo, a escarlatina, as febres tifóides, o tétano e o escorbuto. A avaliação dos acadêmicos era de que o país ostentava uma boa condição de salubridade (Sigaud, op. cit., pp. 48-9)

Querendo impor o monopólio da interlocução sobre os problemas médicos nacionais diante do governo imperial e dos centros médico-científicos europeus, a Academia esforçou-se em cumprir a tarefa de traduzir e atualizar a pauta higienista e anatomoclínica européia

contemporânea, o que a tornaria intérprete legítima da patologia brasileira. Diante das questões consagradas pelas autoridades da geografia médica naquela quadra, os médicos brasileiros apresentaram respostas originais, algumas das quais se opunham a velhos estigmas amparados em determinismos raciais e climáticos. Além de produzirem uma avaliação positiva a respeito da patologia nacional, onde não teriam direito de domicílio algumas das mais temidas enfermidades, como a febre amarela, a peste e o cólera, podemos juntar outros elementos que se confrontam com a paisagem médica nacional pintada pelos historiadores que apostam na singularidade da trajetória traçada pelos tropicalistas da Bahia.

Vejam algumas dessas soluções originais apresentadas no livro de Sigaud, lembrando, porém, que boa parte delas não era consensual, sendo objeto de renhidas disputas entre os acadêmicos (Kury, 1991; Ferreira, op. cit.). Detenhamo-nos, inicialmente, no papel atribuído por Sigaud aos fatores climático-telúricos envolvidos na produção das doenças. Para esse médico, a umidade seria o fator morbígeno mais importante na patologia tropical. Ela atuaria na economia humana, seja diretamente sobre as funções da respiração e excreção, ou indiretamente, através da aceleração da decomposição dos corpos organizados e de certas matérias inorgânicas (miasmas), transformando-se no agente principal das febres intermitentes. Porém, ao contrário do que normalmente se supõe, esse determinismo climático não acarretava uma atitude passiva. De acordo com o consenso dos médicos brasileiros de então, na composição dos estados mórbidos, os fatores morbígenos decisivos seriam ligados aos hábitos higiênicos. Assim, os “primeiros agentes da mortalidade” no Brasil seriam o “regime alimentar” e o abuso do “ato venéreo”. Uma postura “higiênica” centrada na exclusão dessas causas predisponentes redundaria numa atenuação dos efeitos de nossas principais causas excitantes: o calor, a umidade e os miasmas (Sigaud, op. cit., pp. 59, 94).

Os acadêmicos também apresentaram uma avaliação generosa do problema da aclimação, ligada conjunturalmente à gravíssima questão da imigração européia, apontada por eminências políticas como a solução alternativa ao fim do tráfico negreiro imposto pela Inglaterra (Chalhoub, 1996, pp. 78-96). Ao tratar dessa questão, Sigaud (op. cit., p. 95) começou comparando a literatura sobre aclimatamento dos europeus nos trópicos⁶ com os fatos colhidos pela medicina nacional relativos à alteração do temperamento nos países quentes:

Tem-se afirmado que a base do aclimatamento seria a transformação do temperamento, e que o característico dos países quentes seria o nervoso e não o sanguíneo. O clima, com efeito, modifica a força física; pelo excesso de calor, ele põe em constante ação o fígado e os nervos; decorrendo daí um temperamento misto em que o elemento bilioso se combina com a predominância nervosa; esse é, eu creio, o temperamento que é mais comum nas latitudes quentes. No Brasil, esse gênero de

temperamento é encontrado mais nas províncias do centro e do norte; naquelas do sul, o temperamento se aproxima mais daqueles das regiões frias e temperadas: é o tipo sangüíneo que predomina.

Em seguida, ele propôs uma fórmula para a aclimação dos europeus, baseada numa atualização dos procedimentos aplicados pelos jesuítas. De início, uma sangria, banhos generosos e uma dieta vegetal, para diminuir as forças; em seguida, o emprego de purgativos com a chegada de cada estação. Essa dieta seria específica para os jovens que afluíam em grande número às terras brasileiras. Ele condenava a prática generalizada de “se satisfazer com limonadas, banhos frios, misturar frutas com leite sem cuidado nem medida”, o que contrastava com a terapêutica européia.

A condenação dos costumes europeus, importados indiscriminadamente, e a apresentação de um receituário higiênico adaptado às novas condições climáticas, visando a um ajuste saudável, deve ser interpretado como um trunfo a ser creditado aos médicos nacionais, em seu esforço de revisão dos tratados europeus de patologia e higiene. Desse modo, tanto o trabalho de revisão teórica, ligado ao rebaixamento do papel dos agentes meteorológicos e dos temperamentos na hierarquia da produção de doenças, em benefício dos hábitos,⁷ quanto a interpelação desses mesmos hábitos seculares, tais como os “banhos frios”, as “bebidas alcoólicas”, o “uso do leite”, “a tendência de se seguir a moda de Paris ou de Londres, contrária à sã higiene”, espelhariam não só a irredutibilidade da patologia brasileira, como os êxitos alcançados pela cultura médica local (Sigaud, *op. cit.*, p. 100).

Mencionaremos, por fim, um último exemplo de originalidade dos médicos brasileiros da primeira metade do Oitocentos diante de crenças científicas consagradas pela medicina européia, que nos ajudará a relativizar também a tese da iniciativa pioneira, imputada aos “tropicalistas” da Bahia, no tratamento da questão racial. Contrariando a opinião de alguns confrades europeus, que atribuiriam à “mistura das raças” a produção de novas doenças inexistentes na patologia européia, Sigaud (*op. cit.*, p. 157) asseverava, citando a opinião de médicos de várias localidades do território nacional, que “as doenças que cada uma das raças trouxe ao país não teria degenerado pela transmissão às outras raças ... O piã, importado da África, a sífilis dos indígenas e a varíola da Europa” seriam idênticas ao que eram três séculos antes. Apenas à “natureza das localidades” e ao “regime das populações” poderia ser imputado “o segredo patológico do país”.

Embora polêmica em alguns pontos, a descrição da carta nosológica do Império consistiu num feito espetacular da Academia de Medicina, que, ao aclimatar o conhecimento médico europeu a partir de um núcleo de disciplinas médicas universais às condições climático-telúricas brasileiras, tornou-se sua fiadora e controladora, praticamente

monopolizando a interlocução tanto com as instituições médicas dominantes no cenário europeu, quanto com a burocracia estatal.

A doxa médica brasileira

Vejam os com mais detalhe, a partir de alguns exemplos extraídos da obra de Sigaud, como os fatos científicos sobre diagnóstico, patologia e terapêutica eram produzidos e validados a partir de regras metodológicas implícitas ou explícitas, sancionadas e controladas pela Academia.

Consultados pelos ministros e pela câmara municipal, os médicos da Corte imputavam os surtos epidêmicos a toda sorte de problemas higiênicos. Se as autoridades queriam fatos explicativos, cabia às instituições médicas produzi-los, e nisso a Academia foi prolífica: águas estagnadas nas ruas; esgotos que não escoavam os dejetos humanos por falta de declive; as sepulturas no interior das igrejas; os abatedouros em bairros populosos; indústrias reputadas nocivas, no centro da cidade; o desprezo pelas regras higiênicas no interior das casas; a ausência de árvores nas praças públicas, a ventilação insuficiente causada pelos morros do Castelo e de Santo Antônio, a falta de bulevares; enfim, a permanência de mangues na Cidade Nova, local pestilencial por excelência (Sigaud, op. cit., pp. 221-51). A abordagem climatológica condicionava a eficácia no campo da profilaxia a uma intervenção em larga escala no espaço urbano e periférico. A opinião médica esteve sempre dividida a respeito da prioridade das ações governamentais. Sigaud narrou em detalhes as iniciativas tomadas pelas autoridades públicas do Rio de Janeiro, em 1835, para pôr fim a uma epidemia de febre palustre, após sucessivas consultas à Academia de Medicina e à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Do elenco das medidas profiláticas propostas, alguns itens nunca foram levados a efeito e outros só o foram parcialmente, justificando-se, assim, sua inocuidade.

Num período em que a epistemologia sensualista triunfara sobre os antigos sistemas médicos racionalistas, impondo uma profunda desconfiança sobre os aspectos mais especulativos das doutrinas patológicas, a prova empírica definia-se quase sempre em termos da crença observacionista fundada num consenso construído em torno da prática clínica coletiva. Aqueles médicos acreditavam poder separar o joio do trigo, colecionando casos clínicos que serviriam como lastro factual de onde se originariam sólidas teorias. Se o consenso era crescente no campo da sintomatologia e da anatomopatologia, o debate etiológico — crucial para a saúde pública — era reconhecidamente espinhoso. Mesmo as hipóteses etiológicas mais sólidas possuíam um resíduo especulativo avesso ao controle empírico. A medicina brasileira já possuía um vasto cemitério de teorias patológicas, outrora em voga. Mas a tarefa de geração de outras novas era irrecusável. O caso da febre intermitente é profícuo em exemplos. O ensaio de Mello Franco

sobre as febres do Rio de Janeiro, elaborado em fins do século XVIII, já emprestava à febre intermitente a posição de maior destaque na nosologia nacional. Se a descrição da sintomatologia pouco havia mudado, o sistema de Cullen, que embasava o conjunto dessa obra, estava em desuso. A doutrina de Broussais, que empolgara os médicos brasileiros tanto quanto seus colegas franceses na década de 1820, sucumbiria juntamente com os milhares de mortos da epidemia de 1829. Como se alteraram algumas crenças até então vigentes? Que critérios eram utilizados para produzir e sancionar essas inovações de ordem conceitual?

De acordo com Sigaud, os médicos brasileiros vinham percebendo a progressiva periculosidade das febres intermitentes no Brasil: “outrora benignas e simples”, elas haviam se convertido, em meados do século, em “doenças graves e rapidamente mortais”. Esse aumento da insalubridade era atestado pela estatística qualitativa e quantitativa sobre as morbidades estudadas de acordo com os procedimentos prescritos pela medicina anatomo-clínica.⁸ A corporação médica verificou esse “aumento da intoxicação palúdica”, em virtude de ter constatado coletivamente que essa morbidade imprimiu, “por sua nova atividade, um caráter epidêmico, revestindo-se, em alguns casos, dos sintomas característicos das lesões orgânicas”. Mas os esculápios brasileiros não ficaram passivos diante dessa constatação. Como assevera Sigaud (1844, p. 217), a morbidade progressiva das febres intermitentes “abalou as idéias recebidas e fez apelo ao espírito de investigação para pesquisar suas causas, precisar seus efeitos, e trazer, se possível, uma luz eficaz ao caos de reformas higiênicas”.

O depoimento de Sigaud sobre sua própria experiência é exemplar quanto ao critério de prova empírica aceito, e sobre o papel da Academia Imperial de Medicina como instituição voltada para o controle de um conhecimento coletivo e regionalmente circunscrito. Até 1830, Sigaud compartilhara as idéias de Broussais, que o considerava, então, como “um zelador de sua doutrina na América do Sul”.⁹ Entretanto, dois fatores o levaram a afastar-se definitivamente de suas primitivas convicções. Ele relata que uma memória apresentada à Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro pelo dr. Saulnier de Pierre-Levé e sua própria experiência, durante a epidemia de Macacu, foram cruciais para abandonar suas crenças no tratamento “antiflogístico”, com o recurso às sangrias gerais e locais, bebidas emolientes e revulsivos. O sucesso terapêutico parecia estar no emprego combinado da ipecacuanha e do sulfato de quinina, dois conhecidos tônicos. A falência da terapêutica repercutia diretamente na sua avaliação da etiologia proposta pela “escola fisiológica”. Sigaud (op. cit., p. 231) afirmava que

A experiência iluminou-me igualmente para modificar minha opinião levando-me a mudar a terapêutica em presença de uma enormidade de febres perniciosas que eu acreditava fossem sintomáticas, de lesões

inflamatórias de fígado, do cérebro e dos pulmões; ela me deu a convicção de que, nos países onde o elemento intermitente miasma paludoso predomina, tudo está submetido à sua ação.

A justificativa que apresentou, para refutar as idéias de Broussais, pertence ao repertório típico de representações da prática clínica, formulado nos termos da epistemologia empirista: “Os fatos falaram mais alto que a doutrina, eles me convenceram pelos argumentos os mais fortes, os mais incisivos, os mais convincentes, aqueles da cura ou da morte” (Sigaud, *op. cit.*, p. 231).

Sigaud, entretanto, não ousaria formular uma lei patológica nacional, se não contasse com a adesão de outros membros da Academia. O relato detalhado das observações produzidas pelos seus pares, atentos às regras epistemológicas sancionadas, é que emprestava legitimidade aos fatos médicos colhidos. A autoridade dos fatos observados seria, assim, equivalente e proporcional à autoridade científica dos observadores. O uso de um estilo realista na descrição das memórias científicas, em que se detalhavam os pormenores da observação e do raciocínio clínico, mesmo as vacilações, produziam, como efeito retórico, a cumplicidade do leitor. Este, um médico, ou um estudante de medicina, que compartilhava o mesmo discurso científico ou se iniciava no jogo de linguagem do modelo sociocognitivo da profissão, persuadia-se diante da autoridade dos fatos. Mas, ao contrário do conhecido aforismo, os fatos não falavam por si.¹⁰

Vejam como, num relato de um caso clínico transcrito por Sigaud (*op. cit.*, pp. 243-7), a descrição dos fatos clínicos, patológicos e terapêuticos “puros” mobilizava inextricavelmente diversos elementos simbólicos que traduziam conformidade às regras epistemológicas da anatomoclínica: o domínio das técnicas de diagnóstico e terapêutica, o adequado uso da linguagem esotérica da profissão, comparação com casos análogos reportados por autoridades consagradas no campo médico, respeito ao observacionismo sensualista, o testemunho de colegas etc.

O doutor Cuissart comunicou à Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, na seção de 13 de janeiro de 1833, um caso de febre intermitente perniciosa, cujo sintoma mais notável era um pneumotórax seguido de uma perturbação nas funções dos nervos do oitavo par. O caso ocorreu em outubro, quando se supunha que a constituição médica, aquela que Stall designava com o nome de biliosa, reinava ainda, entretanto o elemento intermitente já assinalava o retorno do verão. Um negociante do Rio de Janeiro, que sofrera quatro anos antes de um catarro sufocante, começou a sentir certa dificuldade de respirar, em 27 de outubro de 1832, o que o fez pensar numa recidiva da mesma doença.

Poupo os leitores da descrição minuciosa dos sintomas relatados pelo paciente. Vamos direto aos sinais observados:

o doente ao ser examinado encontrava-se com o corpo curvado à frente em vão esforços para respirar; a cada tentativa de inspiração o abdômen se agitava convulsivamente; os lábios estavam violeta, a expressão do rosto alterada, a boca aberta, no corpo corria abundantemente um suor frio; o pulso filiforme, freqüente; a palpação do coração, apenas sensível na região pré-cardial, que se encontrava dilatada e os lados, muito separados; a percussão fez sentir um som claro; a auscultação verificou um som pueril sob as clavículas; em todo o resto do lado direito do tórax, ausência de movimentos ou ruído respiratório. Do lado esquerdo do peito ouvia-se um som natural; todavia, no meio do lóbulo inferior, quase não se ouvia a respiração, não mais que nos outros lóbulos. No hipocôndrio direito, o fígado estava proeminente, dois dedos abaixo das costelas.

O diagnóstico indicava um pneumotórax do lado direito, aderência da parte superior do mesmo lado, alteração das funções da oitava parreira de nervos. O tratamento consistiu em uma sangria, que foi realizada imediatamente. Embora a respiração parecesse melhorar, havia o risco de uma síncope, o que forçou o médico a estancar o sangue da veia, e prescreveram-se quarenta sanguessugas do lado direito do tórax, vesicatórios nos joelhos e sinapismos nos pés. O estado de deglutição não recomendava o uso de nenhum remédio oral. Em duas horas o pneumotórax havia diminuído pela metade, mas os sintomas descritos ainda existiam. Nesse momento, os médicos se reuniram em conferência. Os drs. Peixoto, Jobim, de Simoni e Moura estabeleceram o mesmo diagnóstico; dois outros (cujos nomes Sigaud não menciona) opinaram que havia uma apoplexia pulmonar, e que, em conseqüência, era preciso repetir a sangria, aplicar sanguessugas no ânus, renovar aquelas anteriormente prescritas para o lado direito do peito, administrar uma lavagem purgativa e, assim que o doente pudesse engolir, fazê-lo tomar 15 grãos de calomelanos em três doses. Poupo mais uma vez os leitores da descrição do sofrimento desse infeliz e dos esforços realizados pelos médicos em outros momentos dessa terapêutica heróica. O que interessa é que, após um paroxismo, aplicou-se o sulfato de quinina, e tal como na experiência anterior relatada por Sigaud, a cura revelou-se pronta e eficaz. Seguindo seu raciocínio, ele lembra que essa observação se aproximava àquela descrita por Laennec, na p. 435, tomo II, de seu *Tratado de auscultação*.

O que Sigaud pretendia demonstrar com a reprodução de mais essa observação clínica era a inocuidade dos manuais europeus de patologia, quando reportados às condições ambientais do Brasil. A inversão dos sintomas clássicos revelava a existência do elemento

intermitente escondido sob o manto de outra doença. Por sua presença ubíqua, o elemento intermitente (miasma) atuaria silenciosamente na economia produzindo gradualmente problemas funcionais, e em seguida lesões em um ou vários órgãos. Embora sua teoria sobre a patologia brasileira fosse exclusivista, Sigaud (op. cit., pp. 243-7) não deixou de apresentar alguns casos “raros” relatados na Academia de Medicina que “deixavam em dúvida a cooperação mórbida dos miasmas”.

Seguindo estritamente as regras do modelo epistemológico dos *idéologues*, que dominava o discurso científico da medicina de então, Sigaud formula cinco enunciados tocantes à patologia e terapêutica brasileira:

- 1) as febres intermitentes assumiram há uma dezena de anos um caráter mais grave, em razão do maior ressecamento dos mangues e das mutações do solo, afetando preferencialmente o tipo remitente;
- 2) o elemento intermitente domina em todas as doenças do país em que há intoxicação paludiana;
- 3) as epidemias possuem um segredo particular, segundo a localidade (do corpo) em que elas atacam: ora predomina a congestão do fígado, do baço, dos pulmões, do cérebro, ou de um exantema;
- 4) a hidropsia é no Brasil a mais freqüente terminação das febres intermitentes;
- 5) o sulfato de quinina tem tido constantemente bons resultados nas pirexias agudas das febres terças ou quartãs crônicas.

Como decorrência dessa síntese da patologia brasileira, uma das questões científicas que se tornaram imperativas para aqueles médicos da primeira metade do século XIX era a relativa à natureza dessa intoxicação miasmática. Admitia-se, em consonância com a literatura internacional, que ainda não se havia alcançado qualquer solução que esclarecesse o *quid* secreto das emanações palustres (Sigaud, op. cit., p. 151).

Qual a natureza da matéria odorífera e gelatinosa que se putrefaz tão facilmente, que Moscati identificou na análise do ar ou dos vapores pantanosos? Como essa matéria produz o envenenamento do corpo humano em tão curto intervalo de tempo que se segue ao transbordamento de um terreno alagado? Porque ela age em certos anos, mais fatal, ou mais benigna, ainda que não se tenha verificado nenhuma mudança no lugar em que ela se produziu? Qual a esfera de ação das emanações pantanosas? A intoxicação ataca as vísceras das grandes cavidades, ou se restringe ao sistema ganglionar? Em um local pantanoso ocorre, às vezes, a suspensão da ação dos eflúvios, ou a intoxicação é sempre constante? Ela imprime seu *cachet* a todos os casos patológicos? Nas epidemias observa-se, sempre, uma coincidência com as epizootias? Quais são, enfim, as melhores indicações terapêuticas e higiênicas?

Claro está que para a medicina pastoriana, que faria triunfar em fins do século XIX a tese da etiologia específica, revogando toda a legitimidade da *démarche* climático-telúrica, tal programa de pesquisa lançado pela AIM nada tinha de científico. Em meados daquele século, porém, ninguém apostaria em tal desfecho, e o historiador das ciências deve estar atento ao critério de cientificidade compartilhado por cada comunidade científica. A principal limitação das abordagens judicativas em história das ciências tem sido assumir como único protocolo científico válido aquele sancionado posteriormente pelas disciplinas vigentes. É preciso aceitar que aquilo que era considerado evidente para aqueles médicos seguia regras sociais de validação em conformidade com um regime de prova empírica controlado e sancionado coletivamente. A passagem desses fatos científicos à categoria de credices ou de mitos, em fins do século XIX, correspondeu a uma alteração das regras de produção de verdades, isto é, à mudança do status de certas práticas e dos grupos que as sustentavam, bem como a uma redefinição das hierarquias e valores socioprofissionais.

Entretanto, o grande consenso empirista de então não era impermeável à crítica metódica, posto que não estava alheio às dificuldades que se impunham à observação e apreciação dos fatos. Fatos mal observados ou falsas relações causais, apenas supostas pela sucessão de eventos, haviam levado à ruína as mais sólidas teorias. O *post hoc ergo propter hoc*, risco epistemológico denunciado por todos, pairava como uma ameaça às mais consensuais teorias. A recusa dos sistemas médicos do século XVIII implicou um compromisso com uma versão de verdade muito mais precária. Nossos personagens sabiam disso. Por isso mesmo, as diferentes representações expressas pelas denominações — broussaístas, ecléticos, humoralistas, organicistas, contagionistas, anticontagionistas etc. — atribuídas, ou proclamadas, por grupos e escolas médicas naquele período, não representavam necessariamente fissuras ou rupturas, mas cristalizações de posições congruentes com o consenso primordial da doxa clínica. Apenas com a emergência das pesquisas parasitológicas, se iniciaria o processo que levaria, ao cabo de renhidas lutas, à construção de uma nova ortodoxia paradigmática que rejeitaria a concepção não essencialista das doenças, opondo a causação específica às etiologias compósitas.

Esse não foi, porém, o fator decisivo que levaria ao crepúsculo do projeto inicial da AIM, pois, como já mencionamos, três acontecimentos iriam determinar uma precoce obsolescência do próprio livro de Sigaud. Primeiramente, a inesperada irrupção de duas das mais temidas epidemias conhecidas: a partir de meados daquele século, a capital do Império e outras importantes cidades litorâneas foram acometidas de surtos de febre amarela e cólera. A febre amarela se transformaria, em curto espaço de tempo, na principal questão de saúde pública no Brasil.¹¹ Tal fato, decisivo na mudança do perfil de salubridade

descrito por Sigaud, também contribuiu para a criação da Junta Central de Higiene Pública, que deslocaria a Academia do papel central que até então representara para a saúde pública. A junta permitiu conter as pretensões administrativas da Academia, tornando-se subserviente às diretrizes governamentais no período de maior centralização política do Império, que se seguiu à curta experiência liberal das regências (1831-40). O terceiro acontecimento refere-se ao aparecimento de sociedades e periódicos médicos, a partir da década de 1860, que iriam romper com o monopólio até então desfrutado pelos periódicos médicos oficiais da Academia de Medicina. Na Bahia e no Rio de Janeiro, o periodismo médico permitiria o incremento do intercâmbio científico e a consolidação de uma pauta de pesquisas voltada principalmente para o conhecimento da matéria médica (fitoterapia), patologia e terapêutica nacionais, estimulando e dirigindo as incipientes iniciativas individuais de pesquisa médica, e criando condições para a legitimação dos novos ramos disciplinares reivindicados pelos reformadores do ensino médico. Além da *Gazeta Médica da Bahia* (1866-1915), podemos considerar como relevantes no trabalho de emulação científica, segundo os moldes da época, os seguintes periódicos da Corte: a *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* (1862-64); a *Revista Médica do Rio de Janeiro* (1873-79); os *Archivos de Medicina* (1874); o *Progreso Médico* (1876-80); a *União Médica* (1881-89); a *Gazeta Médica Brasileira* (1882) e o *Brazil- Médico* (1887-1964) (Edler, 1992, pp. 168-84).

Ética profissional e controvérsia científica

Como vimos, o universo médico brasileiro, no contexto da institucionalização dos saberes anatomoclínico e higiênico, representado pela Academia Imperial de Medicina, havia construído um fundo de evidências factuais, amplamente compartilhado, que denominamos de doxa médica brasileira. Mais que o diagnóstico sobre a patologia brasileira, as regras que deveriam produzi-lo e validá-lo formavam a base e o pressuposto que tornavam possível a confrontação, o diálogo, a concorrência e mesmo o conflito entre clínicos e higienistas. Nesse sentido, a Academia foi construída como um espaço relativamente autônomo, diferenciando-se de outras arenas mais contenciosas no ambiente sociocultural do Império. Nesse microcosmo não isento de relações de força, hierarquias e concentração de poder, o triunfo de uma opinião deveria corresponder ao triunfo de argumentos, demonstrações e refutações que seguissem as regras epistêmicas da anatomoclínica e da estatística médica. A produção de um diagnóstico sobre a patologia brasileira, os estudos sobre matéria médica nacional e mesmo higiene, disciplina voltada para a organização de um espaço social saudável e imaculado, expressavam o tipo de conhecimento

científico produzido e controlado por procedimentos de validade universal. O respeito a essas regras metodológicas diferenciavam o debate médico das querelas do mundo político e leigo em geral, onde as divergências inconciliáveis resultariam do caráter parcial das opiniões emitidas, permeadas pelos interesses particulares. Tal percepção da política como lugar do irracional, em oposição à administração centralizadora, voltada para a instituição da sociedade e dinamização da ordem institucional, não singularizava aquela elite médica. Ela permeou a ideologia da burocracia estatal durante todo o período imperial. Para essa continuidade, contribuíram a unidade dos quadros burocráticos e o horizonte mental da elite conservadora, centrado no modelo de monarquia administrativa, também importado da França.¹²

Os médicos que aqui praticavam, formados na Europa ou nas faculdades de medicina da Corte ou da Bahia, não apenas desenvolviam habilidades práticas e teóricas, mas também eram moldados por um conjunto de etiquetas e regras de comportamento que traduziam determinados valores profissionais. É importante destacar, para os fins de nosso estudo, que as metodologias generalistas ou epistemologias, no sentido anglo-saxão, devem ser vistas, também elas, como normas sociais, isto é, como um conjunto de procedimentos, regras de conduta implícitas ou explícitas, que contêm uma série de parâmetros morais sobre o que deve ser considerado certo ou errado, correto ou incorreto. Como notou Shapin (1994), as considerações metodológicas prescrevem como os cientistas devem se comportar, e pretendem estar fornecendo uma representação sobre como um autêntico cientista realmente se comporta. Nesse sentido, os textos metodológicos expressam um ideal. Todos concordamos que existe uma lacuna entre um comportamento normatizado e aqueles que realmente acontecem.¹³ Por isso mesmo, importa para o nosso objetivo interrogarmos sobre a efetividade de uma ética profissional supostamente compartilhada pelos médicos brasileiros, naquele período.

Desde que nosso argumento pressupõe a existência de regras estritas orientando o comportamento público dos médicos envolvidos em debates científicos, cabe a pergunta: acreditavam os médicos em seus mitos? Alguns estudos históricos (Machado, 1979; Costa, 1979) descreveram o discurso higienista como um recurso poderoso voltado para a dissolução dos traços de sociabilidade patriarcal, herdados da fase colonial, mas não se deram conta da ação recíproca da sociedade inclusiva sobre as próprias instituições médicas.¹⁴ Da mesma forma que o médico higienista procurava modificar a postura física, intelectual, moral, sexual e social da família patriarcal, o próprio projeto profissional dos médicos, formulado de acordo com o figurino europeu, era por sua vez confrontado com a prática clientelista imperante, onde uma ética de favores se opunha à ideologia profissional. Dessa maneira, como já asseveramos em outra ocasião (Edler, 1992), é preciso descrever da suposta

autonomia que essa literatura histórica confere às elites médicas na condução das políticas voltadas à saúde pública, formação profissional e exercício da prática médica no contexto imperial. Não só a Academia de Medicina como também os grupos que se organizavam em torno de sociedades e periódicos médicos lutavam para impor uma ética profissional, a partir da qual a autoridade científica, baseada na credibilidade e capacitação técnica auferidas pelos pares, se opunha aos mecanismos discricionários de distribuição de cargos públicos como sinecuras e prebendas aos apadrinhados da hora, o que caracterizava a sociabilidade clientelista comandada pela classe senhorial dominante.

Como já argumentamos, a criação do espaço institucional da Academia de Medicina, no interior da ordem monárquica, marca ao mesmo tempo ruptura e complementaridade com toda tradição médica européia, bem como sujeição dos registros médicos feitos por viajantes naturalistas, e de toda a tradição dos cirurgiões barbeiros e cirurgiões formados. Em oposição a outros cargos públicos formalmente sujeitos à jurisdição médica, cujos membros eram escolhidos e eleitos a partir de vínculos políticos e relações sociais próprias à extensa rede de patronato, a participação na Academia supunha critérios meritocráticos. Os debates científicos no interior do campo médico eram baseados não no status social, ou na honra, medida pela inscrição dos médicos na ordem senhorial, e sim no pertencimento a uma corporação científica. Portanto, não era a titularidade nobiliárquica que credenciava a opinião ou testemunho, mas sim a habilidade em atuar de acordo com os protocolos científicos em vigor, isto é, de acordo com as regras de etiqueta consagradas nesse microcosmo. No contexto em que emergem as querelas científicas com os médicos helmintologistas, essas regras estavam claramente definidas, e seria em torno delas que os acadêmicos iriam desenvolver seus argumentos.

Essas regras metodológicas definiam as condições da prova científica e qualificavam o vencedor. A Academia de Medicina representava, portanto, a ortodoxia. Seus membros eram sacerdotes imbuídos da tarefa de preservar os cânones sagrados que distinguiam a medicina oficial das práticas “charlatanescas” de homeopatas, curandeiros, mezinheiros, velhas comadres, mandingueiros, amadores etc. É claro que começava a se inscrever na paisagem acadêmica uma forma sutil de distinção entre os pares pelo viés do currículo científico. Credibilidade extra podia ser auferida através de treinamento obtido numa instituição acadêmica prestigiosa, bem como através da participação em outros fóruns acadêmicos legitimadores. Tal fato faria de um Torres Homem, por exemplo, uma espécie de cardeal, entre seus pares.¹⁵ Como professor de clínica médica da Faculdade de Medicina da Corte, ele encarnava o próprio método. Se alguns médicos de baixo status profissional podiam ter atitude ambígua em relação à deontologia, o grupo que pretendia ocupar, e

monopolizar, o topo da hierarquia profissional teria que manter um comportamento público de submissão aos valores sacerdotais, meritocráticos e científicos propalados pela medicina.¹⁶

Quando os médicos helmintologistas propuseram suas novas teorias etiológicas parasitológicas, o campo médico, com seus fóruns de legitimação e validação de conhecimento, apresentava um perfil bem mais complexo, se comparado com o da primeira metade do século. Embora a Academia Imperial de Medicina e as faculdades médicas se mantivessem como espaço de consagração da prática clínica e da saúde pública, a fragmentação da clínica em várias especialidades e a afirmação do laboratório como fonte alternativa de produção do conhecimento médico já se faziam sentir (Edler, 1996). As contínuas levas de médicos que iam buscar na Europa, principalmente em Paris, formação complementar de seus estudos, bem como as novidades que aportavam aqui junto com os paquetes, iriam imprimir um novo perfil ideal à profissão. Nesse sentido é que se deve entender o papel crucial dos periódicos médicos, como espaço alternativo às instituições oficiais voltado para a difusão e validação de novos conhecimentos, visando à visibilidade de determinados grupos. Quando surgiu a *Gazeta Médica da Bahia*, tal estratégia já se encontrava amplamente disseminada na Corte. É preciso ressaltar que para impor novos temas, teorias, ou pautas políticas à corporação, impondo-se a si próprios, boa parte dos membros da Academia, que nela ingressaram a partir da década de 1860, havia começado sua carreira destacando-se nas letras científicas e nos editoriais de periódicos médicos. Uma retórica típica desses periódicos apontava a incompetência da AIM em preencher satisfatoriamente suas atribuições, crítica essa que ora recaía sobre o comportamento de seus membros, ora sobre a insuficiência das bases teóricas sobre as quais se queria erguer a prática médica. Inelutavelmente, seus antigos opositores acabavam nela ingressando para, a seguir, tornarem-se vítimas da mesma retórica.¹⁷

Conclusão

Por que, num contexto de inovação científica, alguns indivíduos aderem rapidamente à nova linguagem observacional, enquanto outros ficam recalitrantes ou tornam-se radicais opositores? As respostas tradicionais admitiam os argumentos usualmente elaborados pelos que saíram “vitoriosos” no embate científico. No terreno asséptico da pura racionalidade científica, o que impediria o progresso do conhecimento seria sempre algo exterior à prática de observação e raciocínio, entendida como a essência da prática científica. De acordo com essa visão sensualista, credora da idéia do signo natural, os fatos coletados trariam sua objetividade exposta, cabendo à teoria ordená-los por meio da generalização. Apenas a indução parecia problemática, exigindo

rigorosos procedimentos metodológicos. Na retórica dos “vitoriosos”, a denúncia da intervenção de valores exteriores aos normatizados pela ciência tem sido uma peça de acusação constantemente dirigida aos “derrotados” (Mulkay, 1979; Mendelsohn, 1987). O espaço sagrado de validação dos fatos científicos teria sido abruptamente maculado pelos interesses particulares que presidiriam as outras esferas da cultura.

Em contraste, a literatura histórica e sociológica recente tem respondido a essa questão, chamando atenção para o fato de a atividade científica ser desenvolvida por coletividades restritas que empregam diferentes práticas sociocognitivas, com tramas conceituais e habilidades técnicas particulares, ainda que tenham pretensão universalista. Organizadas modernamente em disciplinas, as tradições científicas possuíam diferentes padrões de legitimação social, retórica e epistemológica, dependendo dos contextos nacionais, políticos e religiosos (Pestre, 1995).

A historiografia clássica das ciências está repleta de narrativas epopéicas que corroboram aquela visão mítica. Nelas, o herói é vulgarmente descrito como um espírito clarividente, mobilizado por um ideal ético transcendente: a busca da verdade. Antes do desenlace, que fará triunfar o estandarte da razão e da verdade sobre os escombros dos preconceitos arcaicos mantidos pelos interesses mesquinhos, esse tipo de herói deve suportar provações e peripécias que o destino lhe reservara. Esse gênero de narrativa histórica retira parte de sua inspiração de personagens arquetípicos, fazendo seus heróis se assemelharem a um Newton, um Galileu, ou um Pasteur (Löwy, 1994, p. 661). O enaltecimento da obra de Wucherer e daqueles médicos que acompanharam seu ponto de vista criou, como já vimos, um dos mais poderosos mitos da medicina brasileira. Como outros mitos seculares da época, esse também pretendia preservar novas práticas e valores compartilhados por um determinado grupo de médicos, distinguindo-os de seus oponentes, que ocupavam postos-chave na hierarquia profissional. Seus opositores foram muitas vezes apresentados como espíritos mal preparados e avessos aos imperativos institucionais imanentes à “pura” atividade científica, onde as crenças compartilhadas emergiam não mais da autoridade dos textos ou dos antigos sistemas médicos, mas da observação atenta das regras de inferência e da crítica racional.

A existência de uma Escola Tropicalista Baiana foi postulada originalmente por Coni (1952), ao estudar o grupo de médicos que se organizava em torno da *Gazeta médica da Bahia* (1866-1915). Buscando recuperar a genealogia das contribuições científicas feitas pela medicina brasileira ao conhecimento médico vigente, ele se voltou para o nosso passado médico em busca de precursores. Esse olhar retrospectivo sobre a gênese dos fatos científicos “bem-sucedidos”, isto é, posteriormente sancionados pela comunidade científica, autorizava uma

postura judicativa das crenças médicas passadas. A identificação da medicina científica com a prática idealizada no laboratório não singulariza sua interpretação, pois, como notamos anteriormente, esse tem sido um critério usado pela historiografia clássica.¹⁸ Seguindo os cânones epistemológicos da época, sua representação reificada de ciência sancionava tanto uma visão cumulativa do desenvolvimento do conhecimento científico como uma interpretação do método científico como uma espécie de absoluto epistemológico. Tal postura levou-o a abstrair a complexa constelação de problemas práticos e teóricos vivenciados pela coletividade médica brasileira durante a segunda metade do século XIX, como marcada por uma polaridade fundamental: de um lado, uma medicina “científica”, onde foram postos os médicos cujas crenças saíram vitoriosas no cenário científico, de outro, aqueles “espíritos metafísicos” que compartilhavam outros credos. Como vimos, a historiografia posterior articulou analiticamente de um modo diverso os mesmos termos do corte, reproduzindo a demarcação positivista, apesar de sofisticá-la e atualizá-la. Essa tomada de posição em favor da teoria vitoriosa resultou em três equívocos: uma simplificação dos pontos de vista envolvidos nos debates científicos; a suposição de critérios universais e a-históricos de prova empírica, acima das consciências dos atores envolvidos; bem como a filiação artificial de personagens, teorias e conceitos, aos parâmetros autorizados pelas disciplinas posteriormente sancionadas. Estudos posteriores (Edler, 1992; Benchimol, 1996) apresentaram diversas evidências de que na Corte o ambiente médico estava igualmente permeado pelas novas metodologias e pelo mesmo ideal de inovação científica, pautado por semelhante preocupação em se criar um conhecimento original sobre as doenças endêmicas e epidêmicas que flagelavam a população. Várias sociedades e periódicos médicos, existentes àquela época no Rio de Janeiro, além de postularem a necessidade de se incrementarem as pesquisas sobre os nossos males, visando reabilitar a imagem insalubre do Império perante as nações européias, incentivavam e divulgavam a produção científica local. Entretanto, o espectro da Escola Tropicalista impediu que boa parte dos intérpretes de nossa medicina oitocentista percebesse a extensão com que as novas idéias sobre as etiologias parasitárias se amalgamaram com as etiologias climatológicas e raciológicas, fecundando o solo médico brasileiro a partir da segunda metade da década de 1860.

Na trajetória da institucionalização da pesquisa em parasitologia helmíntica no Brasil, um enorme esforço foi despendido por alguns personagens desde seu limiar epistemológico, no sentido de inseri-la em instituições sociais preestabelecidas. Para Wucherer e outros pioneiros, a necessidade de ordenar e classificar não se limitava à compreensão e domínio do mundo natural. Quando os médicos da Academia Imperial de Medicina, que ocupavam as posições dominantes de seu território,

foram postos diante de uma nova maneira de encarar a causalidade de certas morbidades, tal como postulavam os helmintologistas, a fronteira entre o charlatanismo e o profissionalismo, entre o erro “dogmático” e a verdade “científica”, tornou-se fluida e movediça, pois implicava um reordenamento da hierarquia profissional. A reclassificação das disciplinas acarretaria uma transformação da paisagem científica, já que punha em causa as primazias estabelecidas, afetando, inclusive, as vias tradicionais por meio das quais circulavam as inovações.

As histórias clássicas sobre a medicina tropical costumam apresentar sua gênese e evolução através de um estilo de narrativa contrastante, marcado por oposições antinômicas. Em contraste com o período que precede essa disciplina, supostamente caracterizado por um espírito de sistema, dogmático, confuso e letárgico, tais estudos opõem a via triunfal do progresso científico, centrado em leis e descobertas propiciadas pelos experimentos laboratoriais, onde a acumulação de novos fatos teria engendrado uma série de conquistas no campo da saúde pública e da assistência hospitalar. Trata-se de um tipo de narrativa envelhecida, datada. Atualmente, essas histórias exemplares, centradas muitas vezes em torno de biografias de ilustres sanitaristas, perdeu fôlego. Novas pesquisas vêm contribuindo decisivamente para a revisão das representações míticas herdadas. Dentre os clichês tradicionais, a rígida demarcação entre dois períodos — pré-científico e científico — não vem resistindo às análises centradas em novas metodologias e fontes. A revisão crítica sobre o papel da Escola Tropicalista Baiana na gênese da medicina tropical no Brasil, que apresentamos aqui, pretende contribuir para a revisão das demarcações clássicas sobre suas origens, seus principais atores e sua epistemologia. Ao mobilizarmos uma rede complexa de atores e conceitos, omitidos pelas narrativas triunfalistas que se apóiam numa visão reificada das práticas científicas, recusamos uma ruptura abrupta com a tradição médica anterior.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa.

NOTAS

¹ Este argumento é encontrado nos trabalhos de Reis (1922), Santos Filho (1977, pp. 175-6), Coni (1952), Nava (1947), Luz (1982), Pires (1989), Barros (1998), Peard (1990).

² Esses objetivos citados foram transcritos da ata de fundação da SMRJ. Ver Araújo (1979, p. 94).

³ As críticas dirigidas pela tradição médica aos relatos dos viajantes não fazia distinção entre os diferentes projetos iluminista e romântico.

⁴ Em 1844, a AIM contava com quarenta membros, num universo médico composto por cerca de trezentos indivíduos, dois terços dos quais residentes na capital. Metade dos membros da AIM eram professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Apenas três de seus professores não pertenciam à Academia, enquanto que nenhum dos professores da Faculdade da Bahia era sócio em 1844 (Edler, 1999).

⁵ Sobre a Academia de Medicina de Paris, ver Weisz (1995, pp. 14-20). Sobre a Academia Imperial de Medicina, baseamo-nos em Edler (1992, pp. 90-100) e Ferreira (1996). Machado (1979) e Luz (1982) argumentam no sentido contrário ao nosso.

⁶ Sigaud cita como obras importantes sobre o aclimatamento os trabalhos de Dazille, *Observations sur le tétanos*; Leblond, *Observations sur les maladies des tropiques*; Campet, *Maladies des pays chauds*; Volney, *Du sol et du climats des États-Unis*; B. Rush, *Medical works-Philadelphia*; Lind, *Essai sur les maladies des Européens*; Boyle, *Account of Western Coast of Africa*; Thévenot, *Maladies du Sénégal*; Lavacher, *Guide des Antilles*; Annesley, *Diseases of India*; Conwell, *India diseases*; Aubert-Roche, *De l'acclimatement des Européens dans les pays chauds*

⁷ Segundo Sigaud (op. cit., p. 100), os homens sóbrios e adultos resistem não por causa de seus temperamentos, mas unicamente pela sobriedade; de outra forma, as febres, a disenteria os levam num curto espaço de tempo. Embora posteriores ao livro de Sigaud, encontramos três teses defendidas na Faculdade de Medicina da Bahia, defendendo uma visão otimista do aclimatamento dos europeus no Brasil. Duas (Cunha, 1837; Costa, 1858) visando a formatura, e uma (Botelho, 1857), que levou seu autor a ocupar o lugar de opositor em ciências médicas. À semelhança do otimismo dos tropicalistas, Botelho perguntava, retoricamente: “Quem no Brasil poderá negar o fato da aclimação, sem negar a própria existência?”

⁸ Quanto aos índices de longevidade e mortalidade, ambos considerados cruciais para estabelecer o grau de salubridade do país, os dados estatísticos eram praticamente inexistentes (Sigaud, op. cit., pp. 48-56).

⁹ Essa referência a Sigaud encontra-se na obra de Broussais intitulada *Examen des doctrines médicales* (tomo III, éd. Baillière, 1829), que é citada pelo próprio Sigaud (1844, p. 230).

¹⁰ Sobre a tecnologia literária criada por Boyle no contexto das ciências baconianas, ver Shapin (1996).

¹¹ Como assevera Santos Filho (1991, pp. 194-214), depois de uma terrível epidemia em 1685, a febre amarela só voltaria a se manifestar no Brasil, de forma endêmica, a partir de 1849. O cólera-morbo surgiu no Brasil, pela primeira vez, em 1855. Sobre a febre amarela, ver os trabalhos de Benchimol (op. cit.) e Chalhoub (1996, pp. 86-96).

¹² José Murilo de Carvalho (1996) demonstrou que, ao se tornar independente, o Brasil já dispunha de uma elite ideologicamente homogênea, devido à sua formação jurídica em Portugal, que se reproduziu aqui com a criação das escolas de direito, verdadeiros viveiros de quadros para o funcionalismo público. Maria Alice Rezende de Carvalho (1998, p. 56) notou que a intensidade com que essa burocracia estatal pôde se organizar dissociada da pessoa do monarca e empenhada na prestação de um serviço ético concernente a objetivos coletivos, é parte do processo peculiar a cada contexto histórico-social: “Porém a figura heurística do ‘servidor do estado’ corresponde à tendência da burocracia a autonomizar-se de seu senhor, conhecendo a forma de uma entidade corporativa que tem, nos seus próprios conhecimentos técnicos, a fonte de sua autoridade legítima.

¹³ Shapin (1994) afirma que uma nova cultura científica, conhecida como filosofia experimental inglesa, emergiu, em parte, graças ao deslocamento das convenções, códigos e valores das regras de etiqueta características da convivência ou sociabilidade da nobreza (cortesã), para o domínio da filosofia natural. Ele demonstra como esse deslocamento foi formulado e auxiliado por personagens como Bacon e Boyle, a partir das configurações típicas congruentes com a sociabilidade cavalheiresca. A filosofia natural traria, desse modo, soluções para os problemas de credibilidade científica.

¹⁴ Jurandir Freire Costa (1979, pp. 28-32) desenvolve um estudo sobre a formação da família burguesa no Brasil oitocentista, procurando evidenciar, ao longo de uma trama argumentativa complexa e fartamente documentada, o papel desempenhado pelos instrumentos criados pela higiene doméstica na dissolução dos laços patriarcais. Embora faça a ressalva de que não houve intencionalidade finalista no manuseio recíproco dos interesses entre as elites agrárias e a corporação médica, pois “medicina e Estado convergiam, mas também divergiam tática e estrategicamente”, ele interpreta o saber médico como basicamente heterônomo, isto é, produzido *ad hoc*, conforme a conjuntura política. Como ele mesmo expressa, “o Estado brasileiro que nasce com a abdicação é o moto-propulsor do súbito prestígio da higiene”.

¹⁵ Cognominado “o patriarca da medicina brasileira”, João Vicente Torres Homem (1837-87) é unanimemente apontado como a figura médica de maior prestígio da segunda metade do século. Presença ubíqua nos periódicos médicos da Corte, suas lições clínicas, transcritas por alunos, ampliavam o interesse e a legitimidade do projeto editorial.

¹⁶ Certa linha de estudos em sociologia das profissões tem procurado demonstrar que os setores de maior status, em oposição aos periféricos, que proporcionam a maior parte dos serviços profissionais, demonstrariam maior adesão aos valores consagrados pelos códigos de ética profissional, sendo seus maiores beneficiados. Uma excelente revisão da literatura sociológica se encontra em Abbott (1983).

¹⁷ Constatei que tanto os redatores da *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*, Pinheiro Guimarães, Souza Costa, Torres Homem e Sabóia, cujas críticas à AIM, nos idos de 1863, foram interpretadas pelos acadêmicos como uma tentativa de desacreditá-la perante o governo, para facilitar a criação de uma nova associação, quanto vários outros de seus ferrenhos críticos — Moncorvo de Figueiredo, Silva Araújo, Moura Brasil etc. — comporiam cedo ou tarde os quadros daquela corporação (Edler, 1992, pp. 98-9).

¹⁸ Coni (1952, p. 29) propôs um esquema para estudar a “evolução filogenética da medicina brasileira”, personificando suas três fases — observação, experimentação e crítica experimental — nas figuras de Piso, médicos holandeses, da Corte de Nassau; Wucherer, fundador, em 1866, da Escola Tropicalista Baiana; e Oswaldo Cruz, respectivamente. Quadros equivalentes foram propostos por Santos Filho (1991, pp. 175-6) e Nava (1947, p. 11). Mais detalhes sobre essas interpretações, ver Edler (1996).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, Andrew
1983 'Professional ethics'.
American Journal of Sociology, vol. 88, nº 5, pp. 855-85.
- Araújo, Carlos da Silva
1979 *Fatos e personagens da história da medicina e da farmácia no Brasil*.
Rio de Janeiro, Revista Continente Editorial, vol. 2.
- Barros, Pedro Motta de
nov. 1997-fev. 1998 'Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana'.
História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro,
vol. IV(3), pp. 411-59.
- Benchimol, Jaime Larry
1996 *Do Pasteur dos micróbios ao Pasteur dos mosquitos: febre amarela no Rio de Janeiro (1880-1903)*.
Tese de doutoramento, Niterói, Universidade Federal Fluminense.
- Botelho, Joaquim
Antonio de Oliveira
1857 'O aclimatação dos europeus nos países quentes e o seu emprego na agricultura como colonos será compatível com a conservação da vida e da saúde?'. Tese apresentada para o concurso de opositor em ciências médicas, Salvador, Faculdade de Medicina da Bahia.
- Brito, Nara
1995 *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*.
Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Carvalho, José
Murilo de
1996 *A construção da ordem: a elite política imperial*.
Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- Carvalho, Maria Alice
Resende de
1998 *O quinto século — André Rebouças e a construção do Brasil*.
Rio de Janeiro, IUPERJ/Revan.
- Chalhoub, Sidney
1996 *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*.
São Paulo, Companhia das Letras.
- Coni, A. C.
1952 *A Escola Tropicalista Baiana: Paterson, Wucherer, Silva Lima*.
Salvador, Tipografia Beneditina.
- Costa, José Caetano da
1858 'Aclimatação'. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia.
- Costa, Jurandir Freire
1979 *Ordem médica e norma familiar*.
Rio de Janeiro, Graal.
- Cunha, José Ferreira da
1837 'Da atmosfera: de suas ações mecânicas e físicas, quer no estado fisiológico quer patológico dos seres viventes: que influência exerce sobre a quantidade e qualidade dos alimentos em diferentes latitudes'.
Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia.
- Cunningham, Andrew
1992 'The laboratory and the identity of infectious disease'.
Em A. Cunningham e P. Williams, *The laboratory revolution in medicine*.
Cambridge, Cambridge University Press, pp. 209-44.
- Edler, Flavio Coelho
1999 *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese de doutoramento, Rio de Janeiro, IMS/Uerj.
- Edler, Flavio Coelho
1998 'A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico'.
Asclepio, vol. L-2, pp. 169-86.

- Edler, Flavio Coelho
jul.-out. 1996 'O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado'.
História, Ciências, Saúde — Manguinhos, III(2), pp. 284-99.
- Edler, Flavio Coelho
1992 *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. Dissertação de mestrado, São Paulo, FFLCH/USP.
- Fernandes, Reginaldo
1982 *O conselheiro Jobim e o espírito da medicina de seu tempo*.
Brasília, Editora do Senado Federal.
- Ferreira, Luis Otávio
1996 *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese de doutoramento, São Paulo, FFLCH/USP.
- Geison, Gerald L.
1979 'Devided we stand: physiologists and clinicians in the American context'.
Em J. Vogel Morris e Charles E. Rosemberg, *The therapeutic revolution*.
Pensilvânia, University of Pennsylvania Press, pp. 67-89.
- Goodyear, James D.
1982 *Agents of empire: Portuguese doctors in colonial Brazil and the idea of tropical disease*. Tese de doutoramento, Johns Hopkins University.
- Kury, Lorelai Brilhante
1991 *O império dos miasmas: a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*.
Dissertação de mestrado, Niterói, Universidade Federal Fluminense.
- Lawrence, Christopher
1985 'Incommunicable knowledge: sicence technologie and clinical art in Britain 1850-1814'. *Journal of Contemporary History*, vol. 20, pp. 503-20.
- Löwy, Ilana
1994 'On hybridizations, networks and new disciplines: the Pasteur Institute and the development of microbiology in France'. *Studies on History and Philosophy of Science*, vol. 25, nº 5, pp. 655-88.
- Luz, Madel T.
1982 *Medicina e ordem política brasileira: 1850-1930*.
Rio de Janeiro, Graal.
- Machado, Roberto
1979 *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*.
Rio de Janeiro, Graal.
- Maulitz, Russel C.
1978 'Physician versus bacteriologist: the ideology of science in clinical medicine'.
Em J. Vogel Morris e Charles E. Rosemberg, *The therapeutic revolution*.
Pensilvânia, University of Pennsylvania Press, pp. 91-107.
- Mendelsohn, Everett
1987 'The political anatomy of controversy in the sciences'. Em H. Tristram
Engelhardt Jr. e Arthur L. Caplan (orgs.), *Scientific controversies: case studies in the resolution and closure of disputes in science and technology*.
Cambridge/Londres/Nova York, Cambridge University Press.
- Mulkay, Michael
1979 *Science and the sociology of knowledge*.
Londres, George Allen & Unuwin.
- Nava, Pedro
1947 *Território de Epidauró*,
Rio de Janeiro, Mendes Junior.
- Peard, Julyan G.
1997 'Tropical disorders and the forging of a Brazilian medical identity, 1860-1890'.
Hispanic American Historical Review, 77: 1- 44.
- Peard, Julyan G.
1990 *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Nova York,
Columbia University Press.
- Pestre, D.
1995 'Pour une histoire sociale et culturelle des sciences'.
Annales, Histoire, Sciences Sociales, vol. 50, nº 3, pp. 487-521.
- Pickstone, John V.
1993 'Ways of knowing: towards a historical sociology of science, technology and medicine'. *BJHS*, 26, pp. 433-58.
- Pires, Denise
1989 *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*.
São Paulo, Cortez.

- Reis, Alvaro A. de Souza
1922 'História da medicina no Brasil'. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*. Tomo especial *Dicionário Histórico, Geográfico e Etnográfico Brasileiro*, vol. 1, pp. 1279-93.
- Santos Filho, Licurgo de Castro
1991 *História geral da medicina brasileira II*. São Paulo, Edusp.
- Santos Filho, Licurgo de Castro
1977 *História geral da medicina brasileira I*. São Paulo, Edusp.
- Shapin, Steven
1996 *The scientific revolution*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Shapin, Steven
1994 *A social history of truth*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Sigaud, J. -F. X.
1844 *Du climat et des maladies du Brésil ou statistique médicale de cet empire*. Paris, Chez Fortin, Masson et Cie, Libraires.
- Warner, John Harley
1992 'The fall and rise of professional mystery — epistemology, authority and the emergence of laboratory medicine in nineteenth-century America'. Em A. Cunningham e P. Williams, *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 110-41.
- Weisz, George
1995 *The medical mandarins — the French Academy of Medicine in the nineteenth and early twentieth centuries*. Nova York, Oxford University Press.

Recebido para publicação em março de 2001.

Aprovado para publicação em agosto de 2001.