

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

JULIO NÉSTOR NÚÑEZ ESPINOZA

**IDÉIAS E PRÁTICAS MÉDICAS: luta contra a tuberculose nas cidades de
Lima e Rio de Janeiro, 1882-1919**

Rio de Janeiro
2008

JULIO NÉSTOR NÚÑEZ ESPINOZA

**IDÉIAS E PRÁTICAS MÉDICAS: luta contra a tuberculose nas cidades
de Lima e Rio de Janeiro, 1882-1919**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em História das
Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo
Cruz - FIOCRUZ, como requisito parcial
para obtenção do Grau de Mestre. Área de
Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rachel Fróes da Fonseca
Co-Orientador: Prof. Dr. Marcos Cueto Caballero

**Rio de Janeiro
2008**

N972 Núñez Espinoza, Julio Néstor
Idéias e práticas médicas: luta contra a tuberculose
nas cidades de Lima e Rio de Janeiro, 1882-1919. /
Julio Néstor Núñez Espinoza . – Rio de Janeiro : s.n.
2008.
180 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da
Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz,
2008.

Bibliografia: p. 155-176

1.Tuberculose. 2.Prática Médica 3.História 5. Pensamento
Médico 6.Perú 7.Brasil 8.América Latina

CDD 610.7

JULIO NÉSTOR NÚÑEZ ESPINOZA

IDÉIAS E PRÁTICAS MÉDICAS: luta contra a tuberculose nas cidades de Lima e Rio de Janeiro, 1882-1919

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 agosto de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Profa.Dra. Maria Rachel Fróes da Fonseca – Orientadora
(Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Prof.Dr. Jaime Larry Benchimol
(Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Profa. Dr. Cláudio Bertolli Filho
Faculdade de Arquitetura Artes e Comunicação de Bauru/Universidade Estadual Paulista
Júlio de Mesquita Filho

Suplentes:

Profa.Dra.Ângela de Araújo Porto
(Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Profa.Dra.Marta de Almeida
(Museu de Astronomia e Ciências Afins)

Rio de Janeiro
208

Todo meu esforço nestes dois anos de trabalho e estudo constante o dedico a minha amada Perla Magaly. Eu te amo com todo meu coração Perlin. Espero que logo voltemos a estar juntos, esta vez para sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz que financiou a minha bolsa de mestrado e pela oportunidade de realização deste trabalho.

À minha família: meu pai Julio Adrián, minha mãe Ruth, minha irmã Cinthia Elizabeth pelo amor.

À Maria Rachel Fróes da Fonseca orientadora desta dissertação, pela confiança no meu trabalho, pela competência, pelas sugestões e pela amizade.

A Marcos Cueto Caballero co-orientador desta dissertação, pelo cuidado na leitura do texto e pela amizade.

Aos professores da Casa de Oswaldo Cruz, em especial a Dilene Raimundo do Nascimento, Jaime Larry Benchimol, Nísia Trindade Lima, Dominichi Miranda de Sá, Lorelai Brilhante Kury e Kaori Kodama pelas inesquecíveis aulas.

Aos meus amigos Vanderlei Sebastião de Souza, Josiane Roza de Oliveira e Carol Pasco Álvarez.

SUMÁRIO

Dedicatória	5
Agradecimentos	6
Introdução	12
A. Balanço bibliográfico	15
B. Conclusões	33
C. Uma agenda pendente	35
Capítulo 1 - As primeiras pesquisas científicas sobre tuberculose na história da medicina européia	37
Capítulo 2 - Idéias e práticas médicas contra a tuberculose na cidade de Lima (1882-1919)	48
2.1 A Climatoterapia (1882-1895)	49
2.2 O Sanatório de Tamboraque: a polêmica entre Almenara e La Puente (1895)	57
2.3 O tratamento higiênico-dietético: os trabalhos do Rómulo Eyzaguirre (1896-1902)	63
2.4 O isolamento dos tuberculosos: A Comissão da Faculdade de Medicina e as teses sobre tuberculose e raça (1902-1907)	68
2.5 Os inícios da Tisiologia no Peru: o Hospital Dos de Mayo e o Dispensário Juan M. Byron (1908-1919)	77
Capítulo 3 – Idéias e práticas médicas contra a tuberculose na cidade do Rio de Janeiro (1882-1919)	86
3.1 A herança, o papel do ozônio e o isolamento hospitalar	86
3.2 A Liga Brasileira contra a Tuberculose	103
3.3 O projeto do Oswaldo Cruz	113
3.4 A polêmica entre Azevedo Sodré e Seidl	117

Capítulo 4 – Comparação entre os casos limenho e fluminense	124
4.1 Oswaldo Cruz e seu projeto de combate à tuberculose no Rio de Janeiro	125
4.2 As pesquisas relacionadas com a altitude	134
4.3 As polêmicas médicas	135
4.4 Contato entre médicos brasileiros e peruanos	140
4.5 A Liga contra a tuberculose	143
Considerações finais	154
Bibliografia	156
Anexo	178

RESUMEN

El combate a la tuberculosis se caracterizó, desde mediados del siglo XIX hasta las dos primeras décadas del siglo XX inclusive, por la creación de establecimientos sanitarios especializados para el tratamiento y cura de esta endemia crónica. Los primeros a ser implementados fueron el sanatorio, el hospital de aislamiento y finalmente el dispensario; concebidos en Europa, rápidamente se multiplicaron en diferentes ciudades del mundo; Lima y Río de Janeiro no fueron excepciones. La presente investigación intenta identificar la dinámica de recepción y recreación de este conocimiento en dos contextos médicos y sociales que guardan semejanzas y diferencias. Daremos especial atención al discurso de los médicos peruanos y brasileros que abordaron la tuberculosis por medio del análisis de las teorías y prácticas médicas asociadas a los modelos sanatorial, hospitalar y dispensarial ejecutados en las ciudades de Lima y Río de Janeiro entre los años 1882-1919, cronología que se inicia con las investigaciones efectuadas por Robert Koch en marzo de 1882 y que lo llevaron a la identificación del agente específico causante de la tuberculosis, hasta 1919, año en que tanto en Brasil como en el Perú se llegaría a articular una política pública de salud contra la tuberculosis promovida por el estado. Asimismo, reconocer este proceso nos permitirá tener un panorama general sobre el desarrollo de la lucha antituberculosa en Lima e Río de Janeiro ya que una de sus principales características consistió en intentar equipar la ciudad con unidades especializadas en el combate a la tuberculosis.

RESUMO

O combate à tuberculose se caracterizou, desde meados do século XIX até as duas primeiras décadas do século XX inclusive, pela criação de estabelecimentos sanitários especializados para o tratamento e cura desta endemia crônica. Os primeiros a serem implementados foram o sanatório, o hospital de isolamento e finalmente o dispensário; concebidos na Europa, rapidamente se multiplicaram em diferentes cidades do mundo; Lima e Rio de Janeiro não foram exceções. A presente investigação tenta identificar a dinâmica de recepção e recriação deste conhecimento em dois contextos médicos e sociais que guardam semelhanças e diferenças. Daremos especial atenção ao discurso dos médicos peruanos e brasileiros que abordaram a tuberculose por meio da análise das teorias e práticas médicas associadas aos modelos sanatorial, hospitalar e dispensarial executados nas cidades de Lima e no Rio de Janeiro entre os anos 1882-1919, cronologia que se inicia com as pesquisas efetuadas por Robert Koch em março de 1882 e que o levaram à identificação do agente específico causador da tuberculose, até 1919, ano em que tanto no Brasil como no Peru se chegaria a articular uma política pública de saúde contra a tuberculose promovida pelo estado. Assim mesmo, reconhecer este processo nos permitirá ter um panorama geral sobre o desenvolvimento da luta antituberculosa em Lima e no Rio de Janeiro, já que uma de suas principais características consistiu em tentar equipar a cidade com unidades especializadas no combate à tuberculose.

ABSTRACT

The fight against tuberculosis was characterized, since the mid-nineteenth century until the first two decades of the twentieth century including for the creation of specialized health facilities for treatment and cure this chronic disease. The first to be implemented were the sanatorium, hospital isolation and finally the dispensary, designed in Europe, have multiplied rapidly in different cities around the world; Lima and Rio de Janeiro were not exceptions. This research seeks to identify the dynamics of reception and recreation of this knowledge into two medical and social contexts which are similarities and differences. We will give special attention to the speech by peruvian and brazilian doctors who boarded the tuberculosis through the analysis of medical theories and practices associated with the models sanatorial, hospital and dispensarial executed in the cities of Lima and Rio de Janeiro between the years 1882-1919, chronology that begins with investigations conducted by Robert Koch in march 1882 and which took him to identify the specific causative agent of tuberculosis, until 1919, when both in Brazil and Peru, would lead to articulate a public policy health against tuberculosis promoted by the state. Also, recognize this process will allow us to have an overview on the development of TB control in Lima and Rio de Janeiro since one of its main features was to try to equip the city with specialized units in fighting tuberculosis.

INTRODUÇÃO

Em 24 de março de cada ano se comemora o *Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose*. Trata-se de um evento criado pela *Organização Mundial da Saúde (OMS)* e que motiva uma série de atividades em diferentes países do mundo; todas elas dedicadas à reflexão e balanço sobre melhoras em torno da pesquisa e combate desta doença infecciosa.

A escolha desse dia se deve ao fato de que em 24 de março de 1882, o cientista alemão Robert Koch comunicou na *Sociedade Fisiológica de Berlim* a descoberta do agente infeccioso causador da tuberculose, o mesmo que passou a ser reconhecido a partir desse momento como o bacilo de Koch.

Segundo a página oficial da OMS, estima-se que umas 1,5 milhões de pessoas morreram de tuberculose no ano 2006. Portanto, a tuberculose segue sendo um problema de saúde bastante sério no mundo. Com o propósito de reverter esta situação a OMS deu início no ano 2000 ao programa *Stop TB Partnership* (Aliança Alto à Tuberculose). Trata-se de uma instituição que procura atingir como objetivo a erradicação da tuberculose como problema de saúde pública e, em última instância, obter um mundo livre de tuberculose. Compõe-se de uma rede de organizações internacionais, países doadores dos setores público e privado, organizações governamentais e não governamentais e os particulares que manifestaram seu interesse em trabalhar junto a essa organização para conseguir os objetivos referidos.

Segundo a organização *Stop TB Partnership*, entre os 22 países que representam 80% dos casos de tuberculose no mundo, o Brasil ocupa o décimo quinto lugar.¹ Por sua vez o *Ministério de Saúde do Peru* estabeleceu que no ano 2000, entre as dez primeiras causas de morte no país, a tuberculose ocupava o primeiro lugar no conjunto de infecções respiratórias agudas.²

¹ **Tuberculosis in Countries**. Stop TB Partnership. Capturado em 12 julho 2008. Online. Disponível na Internet <http://www.stoptb.org/countries/>

² **Información de Mortalidad**. Ministerio de Salud. Capturado em 12 julho 2008. Online. Disponível na Internet http://www.minsa.gob.pe/ogei/estadistica/Archivos/SalaSituacional/04_Mortalidad.pdf

Conquanto esta informação corresponde ao presente, convém conhecer da melhor forma o impacto que esta doença teve no passado. Portanto, o estudo histórico da tuberculose³ resulta interessante e valioso porque nos permite a aproximação a uma doença que existiu sempre no mundo, a mesma que se manifestou sob a forma de uma epidemia crônica. No mundo, a tuberculose conviveu com a população e em algumas ocasiões condicionou os diferentes mecanismos de luta contra esta, principalmente diferenciando-se daqueles empregados no momento de combater uma doença epidêmica.⁴

Por outro lado, realizar uma aproximação histórica sobre o problema da tuberculose nos faculta um maior conhecimento das idéias e práticas que predominaram em cada época da história do pensamento médico em relação à luta contra aquela doença infecciosa.

Na presente pesquisa queremos dedicar-nos ao estudo histórico da tuberculose em duas sociedades representativas em América Latina como são a de Lima e a do Rio de Janeiro. Pretendemos realizar esta aproximação a partir do estudo das teorias e práticas médicas de combate à tuberculose no período 1882-1919.

Este corte cronológico tem o ano 1882 como marco referencial de início. Como sabemos nesse ano Koch descobriu o bacilo tuberculoso, o qual significou um passo decisivo para o início da supremacia da teoria do contágio tuberculoso na Europa. Este fato se inscreve no contexto da consolidação da teoria do germe da doença e da bacteriologia. As comunidades médicas no Brasil e no Peru se inscrevem precisamente naquele contexto, sendo dois casos representativos fora do continente europeu. Como data referencial final indicamos 1919 porque é a partir deste momento que se promoverá em ambos países uma política pública de combate à tuberculose.

³ A epidemiologia é a ciência que se ocupa de estudar o comportamento da doença nos indivíduos. A tuberculose é uma doença que inclui uma ampla gama de variantes encabeçadas pela forma pulmonar; assim mesmo existem vários tipos de tuberculose extra pulmonares como são a tuberculose miliar, meníngea, renal, raquidiana, pericárdica, pleural, genito-urinária, gastrointestinal, peritoneal, supra-renal, hepática, óssea, articular e linfática. Para maior informação sobre a tuberculose pulmonar e extra pulmonar ver *El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica*.

⁴ A semelhança entre uma epidemia e uma epidemia consiste em que ambas supõem a aparição coletiva de uma doença, geralmente infecciosa, que se desenvolve num território limitado. No entanto, diferenciam-se em dois aspectos: o tempo de duração e o impacto que produzem. Enquanto uma doença endêmica se desenvolve num tempo indefinido e mantém constantes seus índices de morbidade e mortalidade, uma doença epidêmica se desenvolve durante um período de tempo determinado mostrando altos índices de morbidade e mortalidade. Para uma maior informação sobre a diferença entre doença endêmica e epidêmica ver *Diccionario de Ciencias Médicas Dorland*, 428 y 468.

No primeiro capítulo nos interessa apreciar o panorama das pesquisas científicas que foram produzidas na Europa e que estiveram relacionadas à tuberculose. Não é nosso objetivo ressaltar exclusivamente a descoberta do bacilo tuberculoso efetuado pelo Koch. Antes e depois dos estudos do marcante médico alemão houve uma produção científica não menos importante, a qual na maioria de vezes não é mencionada pelos estudos histórico-sociais relacionados com a tuberculose. Ao realizar este trabalho veremos quais foram as diferentes teorias sobre a doença que a medicina européia formulou desde a antiguidade até a era moderna. Deste modo poderemos localizar devidamente a descoberta efetuada por Koch bem como as investigações relacionadas à tuberculose que lhe sucederam.

Ao ter em claro a produção científica sobre tuberculose produzida em Europa passaremos a ocupar-nos das pesquisas efetuadas em dois contextos latino-americanos bastante representativos. No segundo e terceiro capítulo, nosso objetivo consiste na identificação e análise das principais idéias e práticas médicas com respeito à etiologia, profilaxia e tratamento da tuberculose, presentes no discurso médico peruano e brasileiro durante o período 1882-1919. Para buscar esta informação são nossas fontes básicas as teses de medicina defendidas nas Faculdades de Medicina de San Fernando e do Rio de Janeiro, bem como artigos publicados em duas das revistas científicas mais importantes entre fins do século XIX e meados do XX no Peru e no Brasil, como foram *La Crónica Médica* e *O Brazil Médico*, respectivamente.

Finalmente, no quarto capítulo apresentamos algumas considerações finais que são fruto do estudo específico dos casos peruano e brasileiro. Mediante uma análise comparativa destacamos alguns temas que nos permitem estabelecer semelhanças e diferenças entre ambas realidades.

Em anexo apresentamos ao final da presente dissertação um quadro cronológico comparativo. O propósito é que este seja útil como ferramenta didática para apreciar de modo sintético os principais acontecimentos relacionados à história da tuberculose ocorridos em Europa, Peru e Brasil entre fins do século XIX e começos do século XX.

A. Balanço bibliográfico

Antes de dar início à dissertação propriamente consideramos necessário realizar um breve balanço bibliográfico. O presente ensaio bibliográfico que se apresenta a seguir pretende atingir três objetivos. Em primeiro lugar, divulgar as referências básicas dos estudos histórico-sociais sobre tuberculose produzidos na América Latina nos últimos anos. Em segundo lugar, mostrar quais foram os temas que cativaram o interesse dos pesquisadores neste campo da história da saúde na América Latina; e para isso não demos preferência a nenhum assunto em particular. Em terceiro lugar, à luz deste balanço poderemos identificar a agenda pendente na historiografia peruana.

Visitar as principais bibliotecas da América Latina teria demandado um considerável investimento de tempo e dinheiro. No entanto, graças a bibliotecas eletrônicas como *Scielo*, este trabalho pode ser realizado com maior facilidade, ainda que certamente nada resulta mais satisfatório do que estar em contato direto com os próprios livros, revistas e periódicos. Neste sentido para a busca de informações foram consultadas as seguintes bases de dados e catálogos de bibliotecas: *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Base COC* (Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz), *Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe* (Base HISA), *Biblioteca de Manguinhos* (Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ), *Biblioteca Central* (Pontifícia Universidad Católica del Perú), *Biblioteca del Instituto Riva Agüero* (Pontifícia Universidad Católica del Perú – IRA) e *Biblioteca de la Facultad de Medicina* (Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

Os trabalhos nos quais foi realizada uma síntese histórica da luta antituberculosa em algum dos países latino-americanos foram numerosos. Destacamos a seguir os mais importantes.

Nos artigos de Demetrio Despaigne *La lucha contra la tuberculosis en Cuba* (1944) e Enrique Beldarraín Chaple *Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba* (1998), os autores realizam uma descrição cronológica dos principais acontecimentos vinculados ao combate desta doença em Cuba desde a época colonial até 1958, destacando o trabalho de instituições públicas e privadas como a Liga Antituberculosa criada em 1890 e os trabalhos empreendidos pelo Conselho Nacional de Tuberculose a partir de 1936.

Conquanto estes dois estudos carecem de análises, resultam serem muito úteis para identificar referências sobre os médicos cubanos e suas obras, bem como informações sobre instituições de luta contra a tuberculose na ilha caribenha.

Em *La conquista de la tuberculosis* (2004) do chileno Victorino Farga e em *Apuntes históricos sobre la epidemiología, la clínica y la terapéutica de la tuberculosis en el mundo* (2007), dos médicos cubanos Miguel Lugones Botell, Marieta Ramírez Bermúdez, Luis Pichs García e Emilia Miyar, são apresentadas as principais metas vinculadas à história das descobertas sobre a etiologia, profilaxia e tratamento da tuberculose realizados na Europa. A tuberculose é apresentada como um verdadeiro paradigma da medicina por ter motivado toda uma série de pesquisas que marcaram etapas claramente diferenciadas, sobre as quais os autores se preocupam em resenhar. Por outro lado, as ácidas controvérsias entre os médicos europeus no campo de estudo da tuberculose são mencionadas em três artigos de Walter Ledermann *Franceses y alemanes tras la etiología de la tuberculosis* (2003), *La tuberculosis antes del descubrimiento de Koch* (2003) e *La tuberculosis después del descubrimiento de Koch* (2003).

Até o momento os trabalhos mais importantes sobre história da tuberculose no Peru foram os elaborados pelos médicos Ramón Vargas Machuca, *La tuberculosis en el Perú y el mundo* (1985), e José Neyra Ramírez, *Imágenes históricas de la medicina peruana* (1999). Ambos estudos permitem obter uma visão geral a respeito da luta antituberculosa tanto no Peru como na Europa. Vargas Machuca desenvolve de modo descritivo as diferentes etapas pelas quais atravessou a luta antituberculosa no mundo ocidental assinalando os diferentes procedimentos terapêuticos, cirúrgicos e médicos que foram utilizados para combater esta doença infecciosa. Segundo o autor, estas práticas teriam assinalado etapas claramente diferenciadas, as quais ele identifica como a Era Sanatorial, a qual se iniciou com a multiplicação de sanatórios para tuberculosos no mundo; a Era do Dispensário, estabelecimento concebido com uma finalidade tanto profilática como terapêutica; a Era Antibiótica, que superou os sanatórios e dispensários devido à descoberta de uma série de fármacos utilizados na luta antituberculosa; e finalmente, a Era Quimioterápica, que se iniciou com a descoberta da estreptomicina, o PAS e a isoniacida, medicamentos específicos contra a tuberculose.

Assim mesmo, Vargas Machuca se preocupa em destacar a história da luta antituberculosa no Peru e na Europa como um modelo para o estudo de outras doenças, já que segundo este autor se trata de uma história de sucessos e fracassos que deixaram importantes experiências médico-sociais.

Por outro lado, o trabalho de Neyra Ramírez complementa a informação sobre a história da luta antituberculosa no Peru e Europa contida no trabalho de Vargas Machuca; no entanto seu principal aporte se concentra nos estudos sobre climatoterapia realizados no Peru. Não se trata de um ensaio bibliográfico senão mais bem de um repertório cronológico de diversas fontes como teses de medicina, artigos de pesquisa, documentos administrativos, etc. Com base nestas fontes o autor descreve as etapas pelas quais atravessou a luta antituberculosa no Peru, bem como a evolução do pensamento médico peruano no que se refere à relação entre clima e tuberculose que Neyra Ramírez inscreve no contexto do interesse da medicina peruana, por criar no país um sanatório para tuberculosos, o qual se fez realidade em 1922 com a construção do *Hospital Domingo Olavegoya* na cidade de Jauja, Junín.

Cecilia Varela, médico internista, em seu artigo *Historia de la lucha antituberculosa en Honduras* (2005) descreve de modo cronológico as principais metas do combate à tuberculose em Honduras. O aporte principal deste trabalho é o resumo do trabalho empreendido por instituições como a *Asociación Hondureña de Tisiología* (1954), *Liga Hondureña contra la Tuberculosis* (1954) e o *Programa Nacional contra la Tuberculosis en Honduras* (1957).

No Brasil o estudo histórico da tuberculose está marcado de modo indelével pelos numerosos trabalhos do tisiólogo Lourival Ribeiro. Em seu estudo *A luta contra a tuberculose no Brasil: apontamentos para sua história* (1956), o autor identifica grandes etapas pelas quais atravessou a luta antituberculosa no Brasil.

Uma primeira etapa precedeu à chegada dos europeus, ao território brasileiro, época na qual segundo as informações contidas em fontes coloniais, os habitantes naturais do Brasil não teriam conhecido a tuberculose, pelo contrário esta doença teria sido trazida pelos colonizadores portugueses e disseminada no território brasileiro graças à ação evangelizadora das ordens religiosas, principalmente os jesuítas. Uma segunda etapa corresponde à época colonial durante a qual foram raras as providências, de ordem

sanitária, executadas em benefício da população indígena por parte da Coroa Portuguesa, em matéria de combate às doenças infecto-contagiosas. A terceira etapa corresponde ao Brasil Império, época na qual a prática estendida da escravatura teria permitido a disseminação considerável da tuberculose no território brasileiro. Um dos médicos mais destacados neste período foi o clínico Vicente Torres Homem, ao qual o autor relaciona a importância que teve a idéia da hereditariedade da tuberculose; assim mesmo durante o Brasil Império foram elaboradas as primeiras estatísticas nas quais se mencionava a tuberculose como causa de mortalidade. Durante esta época o cortiço era a maior preocupação dos médicos, e ainda assim se deu prioridade a outras doenças e a seu respectivo tratamento em detrimento da tuberculose. A quarta etapa corresponde ao período político conhecido como a República Velha, durante a qual a principal característica foi a inércia do Estado em implementar uma política de saúde contra a tuberculose, vazia esta que foi complementada pelas atividades filantrópicas das Ligas Paulista, Brasileira, Pernambucana, Baiana, entre outras; as mesmas que desempenharam atividades tanto científicas como sociais em relação ao combate à tuberculose no território brasileiro.

Finalmente, para o caso colombiano temos um artigo do médico Álvaro Javier Idrovo, *Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia* (2004), no qual analisa a presença da tuberculose em cada período histórico na Colômbia, desde a época pré-hispânica até finais do século XX. O autor conclui que a conduta epidemiológica desta doença em território colombiano tem sido diretamente relacionada em cada período a eventos sociais e ambientais que definiram sua maior ou menor incidência, seja da tuberculose pulmonar como das tuberculosas extra pulmonares.

A história de algumas instituições cujo trabalho se concentrou na luta antituberculosa chamou também o atendimento de alguns estudiosos.

No Brasil o trabalho de Lourival Ribeiro, *Fundação Ataulpho de Paiva. Liga Brasileira Contra a Tuberculose: notas e documentos para sua história* (1985), descreve os principais acontecimentos históricos desta instituição, suas origens e desenvolvimento bem como as unidades especiais que criou para o tratamento da tuberculose; inclui ademais algumas breves referências biográficas de seus membros mais representativos. No entanto, a importância deste trabalho recai na série de documentos relativos à criação e

funcionamento da *Liga Brasileira Contra a Tuberculose – Fundação Ataulpho de Paiva* que nos permitem ter acesso a informações, de primeira mão, sobre os objetivos perseguidos por esta instituição filantrópica.

No que diz respeito a outro estado brasileiro se destacam dois trabalhos. O primeiro é um interessante estudo que foi apresentado, no XI Congresso Nacional de Tuberculose e VI Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas, pelo médico Ángel Antônio Gómez do Ribeiro, intitulado *Esboço histórico dá tisiología no Rio Grande do Sul* (1961), que inclui relatos biográficos e resumos sobre algumas instituições que se preocuparam com o tema do controle da tuberculose no Estado de Rio Grande do Sul entre os anos 1903-1959.

O segundo é o realizado pelos médicos brasileiros Pedro Dornelles Picon, Denise Bastos e Paulo García em *Do isolamento ao sanatório: diferentes práticas e serviços em um espaço de saúde pública de Porto Alegre - de 1909 a 2001* (1999). Neste estudo, os autores resgatam alguns eventos da história da saúde pública no Estado de Rio Grande do Sul a partir do caso particular do Hospital Sanatório Partenón; o propósito que tentam mostrar é um breve panorama da saúde, desde meados do século XIX, o qual começa com a constituição dos primeiros serviços de saúde em Porto Alegre, passando pelo impacto das principais doenças incidentes no Estado e a Capital, e incluindo também os diversos tratamentos e formas pelos quais a sociedade, em diferentes épocas, relacionou-se com a saúde e com as doenças infecto-contagiosas, entre elas a tuberculose.

A história da Sociedade Chilena de Doenças Respiratórias é resenhada no artigo do médico Manuel Barros Monge *Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias* (2005), desde sua fundação, acontecida em 13 de março de 1930, até a atualidade. A importância desta instituição se encontra no fato de ter promovido o ensino e prática da tisiologia no Chile, destacando o trabalho de um de seus médicos fundadores, o doutor Héctor Orrego Puelma.

No Peru o trabalho do médico José Neyra Ramírez, *Imágenes Históricas de la Medicina Peruana* (1999), procurou resgatar a história institucional de alguns centros especializados que tiveram um papel central na luta antituberculosa no Peru, como foram a Cátedra de Tisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade San Marcos em Lima, a Sala Santa Rosa do Hospital Dos de Mayo na cidade de Lima, e a Sociedade Peruana de Tisiología, por meio de sua publicação periódica, a *Revista Peruana de Tuberculose*.

Igualmente, o médico peruano Ramón Vargas Machuca em *Labor del Dispensario y la Influencia en las nuevas Terapéuticas Antituberculosas y sobre su Organización* (1956) elabora uma breve história do dispensário, uma das etapas pelas quais segundo o autor atravessou a luta antituberculosa no Peru e no mundo ocidental, pondo ênfase no trânsito que teve a função do dispensário, primeiro como um espaço exclusivamente profilático e, posteriormente adicionando um fim terapêutico.

Gloria Ferrer Leyba em *Hospital General del Sur de Maracaibo. Una institución en la historia de la ciencia en Venezuela* (1987) apresenta-nos a história do Sanatório Antituberculoso de Maracaibo, fundado em 1948 e transformado em Hospital Geral do Sul em 1987. A autora considera a história deste hospital como um caso típico de estruturação institucional no momento de implementar sua política de participação social no campo da saúde em Venezuela.

Finalmente, a história de um sanatório na Colômbia chamou a atenção dos médicos Héctor Maldonado e Mario Hernández, os quais em *Memorias de un sanatorio antituberculoso* (2004) oferecem-nos um resumo sobre o sanatório antituberculoso do Hospital San Carlos em Bogotá fundado na década do quarenta. Este trabalho resulta ser interessante por mostrar como os sanatórios na América Latina não tinham perdido vigência como meios de combate à tuberculose, ainda que se vissem influenciados pelos albores da era antibiótica.

Os assuntos vinculados ao discurso médico e às políticas de saúde contra a tuberculose também foram temas que cativaram a atenção de vários estudiosos.

Tisiólogos ilustres (1955) de Lourival Ribeiro é uma obra que inclui biografias de médicos brasileiros como Azevedo Lima, Clemente Ferreira, Octavio de Freitas, Eduardo de Menezes, entre outros; dentro deste grupo se destaca a biografia dedicada a Plácido Barbosa, pois além da informação pessoal e profissional deste médico, Ribeiro nos informa bastante a respeito das idéias e práticas médicas relativas ao modelo dispensarial nas duas unidades com as quais contou a *Liga Brasileira Contra a Tuberculose* no Rio de Janeiro e que teve Plácido Barbosa como um de seus principais executores.

Em *Conversa de Tisiólogo* (1959), Lourival Ribeiro inclui alguns escritos inéditos bem como uma série de conferências pronunciadas por ele em diferentes espaços acadêmicos. A idéia central dessas alocações é a contundente afirmação de que a presença

de diversos movimentos de iniciativa particular contra a tuberculose, como foram as Ligas Paulista, Brasileira, Pernambucana, Baiana, entre outras mais, não chegou a ser capaz de articular um movimento de caráter nacional contra a tuberculose no Brasil, o que se somou à falta de assistência oferecida pelo governo aos dispensários criados por aquelas Ligas e que influiu desfavoravelmente nas posteriores iniciativas que tentaram alcançar a mesma finalidade, isto é, de combater a tuberculose no território brasileiro.

O perfil descritivo dos trabalhos de Lourival Ribeiro foi aprofundado por pesquisas que privilegiaram uma visão mais analítica e acadêmica ao se estudar o desenvolvimento das políticas públicas e privadas contra a tuberculose no Brasil. Entre estas pesquisas se destacam os trabalhos *A doença e ou Poder Público ou poder das doenças* (1997) e *Fundação Ataulpho de Paiva: liga brasileira contra a tuberculose: um século de luta* (2002), da historiadora Dilene Raimundo do Nascimento. Em ambos estudos a autora se preocupa em analisar as características e o desenvolvimento das políticas, tanto públicas como privadas, de combate à tuberculose pulmonar, executadas na cidade de Rio de Janeiro. Para Nascimento é possível identificar dois momentos claramente diferenciados, sendo o primeiro momento caracterizado pelas ações executadas pela *Liga Brasileira Contra a Tuberculose*, instituição esta que, até o início da década do vinte, era a única entidade que atuava na questão da tuberculose na então capital brasileira, até que o Governo Federal criou a *Inspectoria de Profilaxia da Tuberculose*, órgão subordinado ao *Departamento Nacional de Saúde Pública*.

A *Liga Brasileira Contra a Tuberculose*, instituição filantrópica fundada em 1900, inaugurou a primeira política de controle da tuberculose, sendo a única que nesse período implementou unidades sanitárias, principalmente dispensários públicos, com o propósito não só de oferecer atendimento médico aos pacientes com tuberculose, senão também de executar medidas preventivas e educativas contra a doença, principalmente através de conferências públicas em escolas e fábricas. Esta instituição a partir de 1936 mudaria seu nome para o de *Fundação Ataulpho de Paiva*, a qual desde os anos trinta, na medida em que o Estado ia assumindo cada vez mais a questão da luta contra esta endemia crônica, comprometeu-se com a produção da vacina BCG, chegando a converter-se na maior produtora deste imunoterápico no Brasil.

Um interessante trabalho no Brasil que privilegia o estudo dos médicos é o de Maria Elisa Lemos Nunes da Silva, *Uma cruzada contra a tuberculose em Salvador: 1930 a 1950* (2006). Neste trabalho a autora resgata as discussões sobre a tuberculose feitas pelo médico baiano José Silveira durante as décadas de 1930 a 1950, e apresentadas em diversos congressos e conferências nos quais este médico participou; nestes a autora identifica que o discurso de José Silveira dava prioridade às chamadas “questões sociais”, referidas às condições de vida e trabalho, num contexto em que a medicina no Brasil e no mundo prestavam maior atenção aos benefícios que a quimioterapia antibiótica podia oferecer. Silveira conclamava a classe médica brasileira a não considerar a tuberculose como assunto do passado, ao confiar demasiado nos quimioterápicos, e também a não declarar o fim do ensino da fisiologia como cátedra específica nas universidades. Esta opinião, considerada pelos contemporâneos de Silveira como polêmica, Nunes da Silva a identifica como pioneira, pois antecipou o problema futuro do aparecimento dos bacilos resistentes a partir do uso dos antibióticos, já que muitos pacientes tinham abandonado os tratamentos como o de pneumotórax ou as cirurgias torácicas.

Por outro lado, o estudo de Nunes da Silva é também importante por abordar assuntos dos interesses, que se fazem presentes no Brasil, a partir de organizações fundadas pelos fisiólogos, como por exemplo, no caso de Bahia, e que se evidenciaram como espaços de decisão e de interesse de poder por grupos fora do Rio de Janeiro ou de São Paulo que pretendiam alcançar o âmbito nacional.

Quanto ao discurso médico sobre tuberculose no Brasil, se destaca o artigo de Dalila Sheppard *A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940* (2001), no qual a autora sustenta que ao final do século XIX os médicos brasileiros, no momento de analisar a tuberculose, não tomaram em consideração o elemento raça como um critério válido para explicar o alto índice de mortalidade na população de descendência africana; no entanto, a partir da segunda década do século XX começaram a aparecer artigos em diferentes revistas médicas brasileiras nos quais os médicos identificavam a raça como uma variante definida na susceptibilidade da tuberculose, isto em direta relação ao paradigma racial exposto pela eugenia.

Ultimamente foi publicado um excelente trabalho de Lorena Almeida Gill, *O mal do século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930* (2007),

no qual a autora tenta demonstrar que o discurso em torno da tuberculose começou a aparecer em decorrência das profundas alterações promovidas no espaço urbano de Pelotas, no Estado de Rio Grande do Sul. A autora abarca vários temas entre os quais se destaca o interesse por estudar a caracterização do tuberculoso internado na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas; a identificação das duas alternativas que apareceram para o combate da tuberculose, isto é, o melhoramento das condições de moradia das pessoas com menos recursos e a implementação de estabelecimentos sanitários especializados para o tratamento dos tuberculosos; o exercício da profissão médica enfrentada com a prática paralela de charlatões; e o papel que desempenhou a imprensa na difusão dos processos de cura para a tuberculose.

Para o caso argentino, o historiador Diego Armus não deixa de lado o discurso dos médicos e se ocupa deles em *La Cruzada Nacional Antituberculosa de 1935 en Buenos Aires: entre la obsesión del contagio, el consenso y el marketing social* (2003). Neste artigo o historiador argentino põe em evidência de que maneira os médicos na Argentina não deixaram de utilizar a linguagem e as estratégias discursivas da publicidade moderna como a rádio, os selos de correio ou os cartazes para difundir as condutas higiênicas de combate à tuberculose.

Adrián Carbonetti em *Beneficencia y tuberculosis. Tensiones y conflictos en torno a la formación del sistema asistencial en la ciudad de Córdoba: 1915-1947* (2004) analisa o processo de formação das entidades de beneficência, suas estratégias e relações, as quais tiveram sua origem entre fins do século XIX e meados do XX nas administrações dos hospitais para enfermos de tuberculose. Este processo foi caracterizado pela disputa entre duas entidades por açambarcar os subsídios e as doações particulares enviadas à província de Córdoba; estas foram a *Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires* e a *Sociedade Tránsito Cáceres de Allende*. A primeira, promovida pelo Governo Estadual de Córdoba e influenciada pelo catolicismo social, caracterizou-se por ser extremamente dependente do Estado, enquanto a segunda, constituída por médicos formados na Universidade de Córdoba experimentou uma maior autonomia promovendo o desenvolvimento da tisiologia na Argentina.

O desenvolvimento da tisiologia na Argentina também chamou a atenção de Carbonetti. Neste sentido temos seu trabalho *La formación de la tisiología como*

especialidad médica en Córdoba (Argentina): 1920-1950 (2003) no qual assinala que a multiplicação de sanatórios em Córdoba sentou as bases para o desenvolvimento desta especialidade médica; desenvolvimento no qual estiveram envolvidos fatores políticos e ideológicos intimamente relacionados com a formação do aparelho sanitário.

A cidade de Buenos Aires é o foco de atendimento no artigo elaborado por Vera Blinn Reber *Blood, coughs, and fever: tuberculosis and the working class of Buenos Aires, Argentina, 1885-1915* (1999) no qual examina de que maneira as políticas de saúde pública nesta cidade afetaram os tuberculosos pobres no período 1885-1915. Valendo-se de histórias médicas e relatórios de saúde pública, Reber chega à conclusão que ainda que a tuberculose atingisse todas as classes sociais sem exceção, as políticas de saúde pública e de assistência eram concentradas sobremaneira nas classes trabalhadoras.

A historiadora mexicana Ana María Carrillo em *Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México* (2001) ocupa-se da campanha contra a tuberculose promovida no México, a partir de 1909, pela *Academia Nacional de Medicina* e pelo *Consejo Superior de Salubridad*, instituições que procuraram contar com a cooperação dos municípios, a imprensa, as escolas e as sociedades de beneficência, acordando seu interesse ao apresentar a tuberculose como um mal contagioso que colocava obstáculos para o progresso do país. O caráter nacional que atingiu esta campanha contra a tuberculose no México se inscreveu num contexto de ampliação da autoridade estatal; dita autoridade incluiu a higiene privada e pública como aspectos tão fundamentais como os relacionados à economia e à organização política. Por outro lado, para Carrillo, a campanha contra a tuberculose no México não foi alheia aos debates sobre a profilaxia e tratamento da tuberculose que se desenvolveram em outros palcos latino-americanos; os assuntos vinculados ao isolamento dos tuberculosos provocaram mais de uma polémica, dividindo a comunidade médica no que se relacionava à explicação do contágio.

Interessante é analisar de que maneira em alguns casos as políticas de saúde pública estigmatizaram uma comunidade em particular; este é o caso analisado por Emily K. Abel em *From exclusion to expulsion: Mexicans and tuberculosis control in Los Angeles, 1914-1940* (2003). A identificação dos mexicanos estabelecidos na cidade de Los Angeles como possuidores de uma susceptibilidade maior para contrair a tuberculose, durante a década de 1920, foi a imagem que tiveram os servidores públicos de saúde desta localidade. A

razão que explicava esta atitude não só era deduzida das condições em que trabalhavam e viviam aqueles, senão principalmente por serem considerados alheios à cidade. Os mexicanos passaram a serem identificados como sujeitos perigosos, principalmente porque viviam e trabalhavam em espaços onde o contágio era muito alto. No entanto, segundo Emily K. Abel as estatísticas diziam muito pouco sobre a prevalência da doença entre eles e mais sobre a atitude dos servidores públicos de saúde. A maioria dos servidores públicos estava convencida de que os mexicanos tinham uma susceptibilidade inata à tuberculose. Para esta autora, as preocupações com os custos em apoiar a campanha antituberculosa entre os mexicanos assentados na cidade de Los Angeles foram marcantes nos esforços para limitar a imigração no período 1920-1930.

No Peru, o trabalho de J. A. Estrella Ruiz *La Sanidad Peruana en 50 años, apuntes para su historia* (1953) ressalta o trabalho sanitário do médico Eduardo Laverería no *Hospital Dos de Mayo* de Lima, em 1908, o qual elaborou um projeto que determinava a construção de um departamento exclusivo para o tratamento dos tuberculosos no mencionado hospital; proposta que Estrella Ruiz a considera pioneira por ter sido sugerida numa época na qual, segundo o autor, ainda não se falava em isolar em locais diferentes certa classe de enfermos contagiosos.

Finalmente, um trabalho não menos interessante é o que nos apresenta Luis Eduardo Morás em a *Liga Uruguaya contra la tuberculosis: desgarrando las tinieblas de un mundo desconocido* (2000), no qual o autor destaca o importante papel que cumpriu a *Liga Uruguaya* contra a tuberculose, fundada em 1902, para a execução de uma mudança na concepção da saúde. A partir dos trabalhos da Liga, a saúde passou a ser concebida como um direito adquirido de cada cidadão e não como o resultado de equilíbrios de forças no mercado. Esta mudança se experimentou no contexto de uma nova racionalidade, na qual a dimensão moral dos problemas e as obrigações frente ao infortúnio do próximo, começaram a ser substituídos por uma nova forma de obrigação, a imposição legal de regras abstratas e obrigatórias para toda a sociedade.

O historiador ao analisar temas de história social ou da vida cotidiana encontra nas obras literárias uma fonte de valor inquestionável. O poeta ou narrador é sempre uma testemunha de sua época o qual reflete sobre determinados problemas, expressos conforme seus próprios interesses sociais e ideológicos, transmitindo ao mesmo tempo uma

representação da sociedade à qual pertence. As fontes literárias foram muito consideradas por diferentes pesquisadores como forma para acercar-se a esta outra perspectiva da história da doença. A tuberculose não só foi um assunto médico, senão que também foi tema recorrente na cultura popular que procurou encontrar-lhe um sentido.

Para o caso argentino destacam os estudos dos historiadores Diego Armus e Adrián Carbonetti. Em *Milonguitas en Buenos Aires (1910-1940): tango, ascenso social y tuberculosis*; *Tango, gender and tuberculosis in Buenos Aires, 1900-1940* (2002) e; *El viaje al centro: tísicas, costureritas y milonguitas en Buenos Aires (1910-1940)* (2002), Armus identifica na literatura e na música recursos metafóricos ou ideológicos que serviram como veículos de representação da tuberculose na cidade de Buenos Aires no início do século XX.

Um trabalho anterior de Armus, *O discurso da regeneração: Espaço urbano, utopias e tuberculose em Buenos Aires* (1995), convida-nos a reflexionar sobre o ideal higiénico e sua relação com a tuberculose a partir da leitura de cinco textos nos quais se representa o modelo de uma cidade “ideal” entre fins do século XIX e inícios do XX. Naqueles livros são apresentadas idéias ou propostas que permearam o discurso político, filosófico ou sociológico dirigido à reflexão sobre o mundo urbano submerso numa profunda transformação que mostrava as evidências da degeneração no crescimento urbano desordenado, a moradia popular insalubre e o impacto das doenças como a sífilis, o alcoolismo e principalmente a tuberculose. No entanto, segundo este autor, é possível apreciar que este pessimismo associado à degeneração social conviveu com outras discussões que se inclinaram mais por um discurso esperançoso e de mudança, não fatalista, a partir do qual se promoveram esforços com o fim de intervir sistematicamente sobre os agudos problemas da cidade, surgindo deste modo as cidades ideais, imaginadas ou utópicas representadas na literatura argentina.

Para Armus a história da tuberculose não é só a realidade do bacilo senão também a dos discursos, metáforas e idéias que procuraram lhe dar um sentido; o conglomerado de experiências vividas pelos enfermos e daqueles que temiam contagiar-se. Em dois trabalhos posteriores, *Queremos a vacuna pueyo!!!: incertezas biomédicas, enfermos que protestam e a imprensa - Argentina, 1920-1940* (2004) e *Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940* (2005), este autor se manifesta

contrário ao conceito foucultiano da medicalização que considerava o enfermo como uma simples criação do olhar profissional, como um indivíduo que existia tão só como parte do sistema médico, totalmente passivo, sem nenhuma possibilidade de protagonismo. Contrário a esta tese, Armus considera que o tuberculoso tem um importante grau de ação na sociedade à que pertence, sempre que seus problemas vinculados com a doença se relacionam com outros interesses como a luta pela redução da jornada trabalhista ou as condições ambientais de trabalho, por exemplo.

Finalmente em *Curas de reposo y destierros voluntarios. Narraciones de tuberculosos en los enclaves serranos de Córdoba* (2006), Armus resgata a narração de um ex-paciente confinado no *Sanatório de Cosquin*, localizado na serra de Córdoba, Argentina. Ao explorar o mundo dos sanatórios e pensões para tuberculosos a partir deste depoimento, Armus pode apreciar que aquele retiro voluntário para as serras de Córdoba realizado pelos tuberculosos, não estava unicamente centrado na busca do tratamento higiênico-dietético, senão também, e não menos importante, na reforma da personalidade afetada pela doença.

Por seu lado, o historiador argentino Adrián Carbonetti em *La tuberculosis en la literatura argentina: tres ejemplos a través de la novela el cuento y la poesía* (2000) e *Tuberculosis y literatura en Córdoba en la primera mitad del XX* (2002) destaca as vantagens do método de análise da tuberculose através das fontes literárias, pois permite apreciar uma série de olhares sobre a doença que eram gerados pela medicina e em não poucos casos pela mesma sociedade, com o fim de legitimar a exclusão do tuberculoso. Para Carbonetti, este tipo de fonte permite analisar a marginalidade, a exclusão e os estigmas pelos quais eram objeto os tuberculosos, destacando entre todos a imagem da tuberculose como sinônimo de morte física e social.

O impacto da tuberculose na América Latina não só teve na literatura um veículo de expressão, como também influenciou diretamente em sua produção propriamente; isto é o que tenta demonstrar Edelmira Ramírez Leyva para o caso mexicano. Em *La tisis en la narrativa del Porfiriato* (2004) a autora identifica o modo como alguns literatos, cuja produção se inscreve durante o período político conhecido sob o nome do Porfiriato, interessaram-se pelo tema da tuberculose em suas obras, a qual teve um papel significativo na construção de muitos personagens das novelas porfirianas.

Sob a mesma perspectiva podemos incluir o trabalho de Sylvia Saítta, que em *Costureritas y artistas pobres: algunas variaciones sobre el mito romántico de la tuberculosis en la literatura argentina* (2006), analisa as apropriações, variantes e desvios da visão romântica da tuberculose como doença de seres especialmente sensíveis e sua vinculação com a representação da tuberculose como uma doença da pobreza e das privações no contexto de modernização que experimentou a cidade de Buenos Aires no início do século XX, a partir das narrativas de Elías Castelnuovo, Enrique González Tuñón e Robert Artl.

A fonte literária igualmente foi resgatada para o caso brasileiro no trabalho da historiadora Ângela Porto que, em *A vida inteira que podia ter sido e que não foi: trajetória de um poeta tísico* (1999), se preocupa em estudar as repercussões da tuberculose na trajetória pessoal e profissional do poeta pernambucano Manoel Bandeira, sua maneira própria de sentir a doença, de perceber-se enfermo e de reorganizar sua vida a partir da chegada da tuberculose; para Porto a experiência coletiva da tuberculose se constrói fundamentalmente pelo intercâmbio de esforços entre o conhecimento médico-científico de controle da doença junto à estigmatização do enfermo tuberculoso. Em definitivo, para esta historiadora os relatos dos tuberculosos refletem e elaboram os sentimentos de uma época sobre a doença contribuindo para a mudança de modelos, produzindo ou reproduzindo uma representação da tuberculose. Neste mesmo sentido podemos incluir o trabalho de Tulo Hostílio Montenegro, *Tuberculose e literatura: notas de pesquisa* (1949), estudo que privilegia a análise literária e que aborda os poetas tísicos que ansiavam a doença na medida em que só através dela seria possível uma experiência mais ricamente elaborada da vida.

Para finalizar apresentamos alguns temas relacionados ao estudo histórico-social da tuberculose presentes na historiografia latino-americana, os quais são considerados representativos.

Na historiografia brasileira pudemos identificar o interesse por aspectos histórico-demográficos como nos estudos de Arístides Paz de Almeida e Laurênio Lins de Lima, *A tuberculose no Brasil: 1950-1970* (1973), e o de Antonio Ruffino Netto e José Carlos Pereira, *Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso Rio de Janeiro* (1981).

No primeiro trabalho, os autores mostram que não obstante os resultados atingidos durante as décadas de 50 e 70 inclusive, a tuberculose ainda era considerada como um dos males mais graves de saúde pública no Brasil. Apesar da queda do índice de mortalidade no período estudado, ainda se considerava alto o risco de contrair a doença. Dentro desta mesma perspectiva se inscreve o interessante estudo de Netto e Pereira o qual tenta estudar a alteração significativa na tendência secular de mortalidade por tuberculose na cidade de Rio de Janeiro. Os autores concluem que não obstante ter sido marcante o impacto determinado pelos métodos específicos de controle da tuberculose como a vacinação, quimioterápicos, diagnósticos e tratamentos, não menos significativo foi o efeito dos métodos não específicos como o desenvolvimento sócio-econômico, a melhora nas condições de alimentação, de habitação e o atendimento médico.

Diferente é a opinião que identificamos em *Mortalidad por tuberculosis en Cuba, 1902-1997* (2003), um trabalho elaborado por cientistas sócios do *Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri* em Cuba. Neste estudo os autores nos apresentam uma análise estatística do comportamento da tuberculose nos índices de mortalidade neste país, a partir das notificações de tuberculose e as populações por sexo, idade e províncias disponíveis desde 1902 nos arquivos da *Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba*. Este estudo chega à conclusão de que a mortalidade por tuberculose em Cuba, durante o século XX, mostrou uma acentuada redução, de tal modo que se converteu num fenômeno excepcional, apesar de um ligeiro incremento no período 1992-1997. Os autores não atribuem a notável queda do índice de mortalidade às campanhas antituberculosas e às melhoras ambientais, mas principalmente à introdução de fármacos específicos como a estreptomicina e a isoniazida, bem como às mudanças sociais que permitiram uma completa administração da grande massa de pobres.

Ainda dentro do caso brasileiro, outro tipo de fonte que foi privilegiada foram os arquivos de prontuários porque permitem estudar a experiência da doença a partir do discurso dos médicos sobre a doença que afetava a seus pacientes. Aqui destacam os trabalhos *Prontuários médicos: fonte para ou estudo dá história social dá medicina e dá enfermidade* (1996), *Antropologia dá doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos* (1999) e *História social dá tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950* (2001) do historiador Cláudio Bertolli Filho. Bertolli considera que a doença é um

fenômeno não só biológico, senão também social; mediante uma análise acadêmica das informações contidas nos prontuários médicos o autor realiza um estudo do paciente tuberculoso, desde a perspectiva do médico, com o fim de abordar o assunto do preconceito ou da construção de um estereótipo para o enfermo tuberculoso no Estado de São Paulo no período 1932-1945.

Por outro lado, dois trabalhos formidáveis são os apresentados pelo historiador Pedro Paulo Soares *A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose* (1994), e pelo médico cubano Enrique Beldarraín Chaple em *Noticias sobre tuberculosis en documentos y publicaciones periódicas y no médicas en Cuba antes de 1840* (1999) e *Tuberculosis: Aportes a la bibliografía cubana hasta finales del siglo XIX* (1999). No primeiro caso o autor seleciona uma mostra de sete imagens nas quais é possível apreciar o trajeto das representações iconográficas da tuberculose ao longo do tempo, tanto na Europa como no Brasil. Já no segundo, o autor realiza um estudo bibliométrico em livros e revistas médicas editadas em Cuba, desde a chegada dos espanhóis até o século XIX, isto com o propósito de identificar o total de trabalhos que abordaram a tuberculose como tema central, sendo *La Crónica Médico Quirúrgica de La Habana* a revista que divulgou um maior número de trabalhos sobre este assunto.

Um tema pouco abordado na historiografia sobre tuberculose é o relacionado à cultura material produzida referente ao combate à tuberculose. Neste sentido um magnífico estudo foi o elaborado por José Antunes, Eliseu Waldman e Mirtes de Moraes, *A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade* (2000), no qual os autores se preocupam por estudar os objetos, procedimentos e instituições que deixaram uma marca no imaginário da sociedade, entre os quais se destacam a cuspideira (escarradeira), o sanatório, o estetoscópio, a enfermaria, o pneumotórax e a vacina BCG. O propósito dos autores é identificar os significados que foram atribuídos a estes elementos por aqueles que os experimentaram, reconstruindo a experiência da doença a partir do ponto de vista daqueles que a padeceram.

Neste mesmo sentido podemos mencionar o artigo de Helen Gonçalves *A tuberculose ao longo dos tempos* (2000) que tenta entender de que modo os tratamentos e as diferentes representações e concepções da tuberculose influíram na maneira como

atualmente são definidas as políticas de controle desta doença bem como o modo como se compreende sua profilaxia e tratamento.

Nos últimos anos no campo da paleopatologia houve valiosas contribuições que motivaram a criação de revistas e a realização de congressos, que abordavam o tema da doença através da análise da cultura material e de restos ósseos com o fim de identificar as doenças que padeceram os povoadores americanos antes da chegada dos europeus. Um dos melhores trabalhos que podemos identificar neste sentido foi o da pneumologista Cecilia Varela *Historia de la lucha antituberculosa en Honduras* (2005), pois nos oferece numerosas referências de pesquisas realizadas na América que comprovam a presença da tuberculose antes da chegada dos europeus.

O interesse pelos primeiros vestígios da tuberculose, no Peru, pode ser encontrado no artigo do médico José García Frías *La tuberculosis en los antiguos peruanos* (1940), no qual o autor, a partir da análise médica de duas múmias pré-colombianas, nas quais foram identificadas evidências de tuberculose óssea e pulmonar, sustenta que a presença desta doença no Peru precede à chegada dos europeus; esta pesquisa foi considerada válida em trabalhos posteriores como os de Juan Lastres *Historia de la Medicina Peruana* (1951), Ramón Vargas Machuca *Magnitud del problema de la tuberculosis: factores sociales determinantes* (1980) e José Neyra Ramírez *Imágenes históricas de la medicina peruana* (1999).

Um estudo mais recente que confirma a presença da tuberculose no Peru pré-colombiano foi o realizado pelos médicos Guido Lombardi e Uriel García *Multisystemic tuberculosis in a pre-columbian peruvian mummy: four diagnostic levels and a paleoepidemiological hypothesis* (2000). Neste trabalho, ambos médicos conseguem identificar impressões de tuberculose óssea e pulmonar nos restos de um indivíduo pertencente à cultura Nazca, com uma antiguidade aproximada de 900 anos d.c., mediante o uso das técnicas anátomo-radiológica, bacteriológica, molecular e paleoepidemiológica. Assim mesmo, os autores nos oferecem um resumo dos estudos mais marcantes que colocaram em evidência a presença da tuberculose na América pré-hispânica, destacando especialmente aqueles que procedem da costa sul peruana e norte chilena.

Finalmente, podemos citar um caso de tuberculose óssea no território colombiano registrado pelos cientistas Hugo Sotomayor, Javier Burgos e Magnolia Arango em

Demostración de tuberculosis en una momia prehispánica colombiana por la ribotipificación del ADN de Mycobacterium tuberculosis (2004).

A arquitetura hospitalar é o tema central nos trabalhos de Tânia Bittencourt, *Arquitetura sanatorial: São José dos Campos* (1998) e *Peste branca - arquitetura branca: os sanatórios de tuberculose não Brasil na primeira metade do século 20* (2000). Nestes trabalhos pode-se chegar a compreender o papel desempenhado pelos sanatórios, situando-os no panorama da arquitetura praticada e da política sanitária empreendida pelo Estado de São Paulo na República Velha e principalmente sob o Estado Novo. Para Bittencourt, o sanatório como estação climática facilitou a intervenção direta do Estado através da aplicação dos preceitos que orientavam a política de saúde pública, e influenciando diretamente em sua urbanização, já que estes eram espaços de interesse especial para o poder público como campo de experimentação para posterior aplicação no Estado.

Sobre a história da vacinação antituberculosa existe na historiografia brasileira um artigo de José Carvalho Ferreira *Cinquentenário do BCG* (1971), no qual o autor realiza um resumo biográfico dos médicos Calmette e Guérin. Para o caso uruguaio destaca-se o trabalho de René Racine, que na condição de diretor do Centro de Vacinação “Albert Calmette”, publicou *Evolución de la vacunación por el B.C.G. en el Uruguay* (1963), artigo no qual apresenta este país como um dos primeiros na América do Sul a unir-se à campanha preventiva contra a tuberculose por meio da imunização ativa com o BCG, executada pelo Centro de Vacinação “Albert Calmette” fundado em 1927.

Aquele centro trabalhou com a cepa do Instituto Pasteur de Paris trazida pelo doutor Julio Moreau. Racine procura analisar o desenvolvimento da vacinação no Uruguai e para isso trabalha com as estatísticas da própria instituição, compreendidas no período 1927-1962, concluindo que a prática de vacinação no Uruguai cresceu constante e progressivamente desde a criação do Centro de Vacinação “Albert Calmette”, aplicando-se primeiro em Montevideu e depois se expandindo pelo interior do país, conseguindo-se assim reduzir os índices de mortalidade e morbidade, principalmente em relação ao combate da tuberculose miliar e meníngea que afetava principalmente a população infantil.

Finalmente, Enrique Laval em *Sobre la transmisión de la tuberculosis y los primeros ensayos del BCG* (2003) ocupa-se dos antecedentes históricos da vacina BCG e das

discussões geradas no seio da *Sociedad Médica de Santiago de Chile* sobre os possíveis efeitos negativos gerados pela vacinação BCG no período 1930-1938.

Não podemos concluir este balanço sem deixar de mencionar *Memória da tuberculose: acervo de depoimentos* (1993), fruto do trabalho realizado pelas historiadoras Dilene Raimundo do Nascimento, Tania Maria Dias Fernandes e Anna Beatriz de Sá Almeida, que permitiu dar à luz ao *Acervo de Depoimentos Orais* elaborado pela Casa de Oswaldo Cruz, projeto que resgata os aspectos políticos, científicos e sociais relativos à história da luta contra a tuberculose em Brasil, mediante a técnica da história oral, por meio de entrevistas a alguns médicos representativos por sua participação na área do ensino, pesquisa científica e serviços médicos.

B. Conclusões

A seguir elaboraremos algumas breves linhas nas quais, grosso modo, resumo a anterior apresentação dos estudos histórico-sociais.

As histórias gerais e de instituições vinculadas à luta contra a tuberculose na América Latina foram elaboradas por médicos. Considero que estes dois temas receberam o apreço daqueles porque constituem o melhor veículo para mostrar uma história oficial na qual se ressaltam os sucessos. Constituem fontes valiosas de referência, ainda que careçam na grande maioria de análise.

O tema relacionado às políticas públicas, e privadas, de combate à tuberculose na América Latina teve seu início entre médicos, como Lourival Ribeiro, que se preocuparam em remarcar uma história oficial das mesmas; no entanto nos últimos anos este tema chamou o interesse de vários historiadores, o que permitiu a elaboração de novas teses para entender a dinâmica entre Estado e população no processo de combate à tuberculose.

Não cabe a menor dúvida de que a historiografia argentina nos proporcionou magníficos estudos sobre o quão valioso pode ser a fonte literária ao momento de acercar-se à doença, não só como um fenômeno biológico, senão social principalmente.

Por outro lado, o trabalho desenvolvido na Casa de Oswaldo Cruz, utilizando a técnica da história oral ao estudar a história da tuberculose, deu frutos magníficos que nos permitem comprovar como importante pode ser o trabalho conjunto da antropologia e a história.

A paleopatologia é uma disciplina em pleno desenvolvimento. Não se trata de pesquisas que pretendiam identificar determinadas doenças com sua origem territorial, uma idéia que esteve bastante presente no início do século XX. Pelo contrário, são trabalhos altamente especializados que, desde a arqueologia, possibilitam ao historiador um conhecimento completo das doenças e sua distribuição geográfica em tempos remotos.

Existiram ainda que poucos estudos estatísticos sobre o impacto da tuberculose no século XX. Certamente este tema não foi de muito interesse dos historiadores, mas de outros cientistas sociais. Sobre as fontes considero que os trabalhos que se concentraram em algumas delas, sejam estas escritas ou gráficas, resultam por demais valiosos já que nos ilustram com novos caminhos pelos quais será possível eleger o momento de acercarmos ao passado de uma doença, em direta relação com a influência que esta exerce sobre a sociedade na qual se desenvolve.

C. Uma agenda pendente

Como se pode observar a pesquisa histórica sobre tuberculose no Peru evidencia um estado germinal em comparação com as pesquisas realizadas em outros países latino-americanos, sobretudo Argentina e Brasil. No Peru, o terreno praticamente ainda está por ser explorado, pois a historiografia existente privilegiou uma visão oficial da luta contra a tuberculose, a mesma que foi escrita fundamentalmente por médicos, certamente comprometidos com sua profissão e com um interesse, por suposto legítimo, de fazer uma história cheia de sucessos e triunfos.

No entanto, estamos convictos de que existe uma agenda pendente cujo desenvolvimento nos permitirá compreender não só o desenvolvimento, senão principalmente as particularidades da luta contra a tuberculose no Peru. Conquanto nos últimos anos a área da história da saúde no Peru tenha recebido valiosas contribuições ao estudo de doenças de caráter epidêmico, descuidou-se da pesquisa daquelas doenças de caráter endêmico, como é o caso particular da tuberculose pulmonar.⁵

⁵ O historiador peruano Marcos Cueto elaborou valiosas pesquisas neste campo da história da saúde pública no Peru. Algumas de suas obras são: *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP; 1997; *Culpa y coraje: historia sobre las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social; 2001. Outras pesquisas de importância foram as realizadas por Lossio Chávez, Jorge. *Acequias y gallinazos: salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: IEP; 2003; “Fiebre amarilla, etnicidad y fragmentación social”. *Socialismo y participación* 2002;(93):79-90.

Frente a esta realidade historiográfica elaboramos uma pesquisa que apresentamos como Tese de Licenciatura *Medicina y tuberculosis en Lima a fines del siglo XIX: el debate médico entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, 1895* (2006), na qual analisamos o trânsito de uma concepção miasmática da tuberculose para uma concepção vinculada à idéia de contágio desta doença no discurso médico peruano a fins do século XIX.

No entanto, há muitos temas ainda pendentes no Peru por serem vasculhados, sendo útil o anterior ensaio para poder identificá-los. A seguir sugerimos só alguns.

O estudo da tuberculose através da literatura é possível realizá-lo mediante a análise de algumas obras literárias muito interessantes como são as novelas *Sanatorio al desnudo* (1941), de Pedro del Pino Fajardo, e *Sanatorio* (1967), de Carlos Parra del Riego, que nos transmitem uma visão das histórias acontecidas ao interior do *Sanatório Domingo Olavegoya*, localizado na cidade de Jauja. A estas duas obras podemos acrescentar a novela curta de Abraham Valdelomar, *La ciudad de los tísicos* (1911), e uma novela mais recente, *País de Jauja* (1993), do escritor Edgardo Rívera Martínez; nesta última as histórias dos personagens se desenvolvem em torno do *Sanatório Domingo Olavegoya*, na cidade de Jauja.

Da mesma forma, a música na cidade de Lima também sofreu o impacto da tuberculose, e uma mostra disso é a valsa *O Tísico*, originalmente conhecida sob o título *No me beses*, composta por Luis A. Molina, e que se tornou famosa através da interpretação do grupo musical *Los Embajadores Criollos* na década de 40.

Finalmente, a visão dos enfermos pode ser resgatada mediante a técnica da história oral; é possível realizar entrevistas com ex-pacientes que estiveram internados no *Sanatório Domingo Olavegoya* durante as décadas de 30 e 40, época de auge do mencionado estabelecimento sanitário.

Finalmente, um tema que também foi descuidado refere-se à dinâmica de recepção e recriação das idéias e práticas relacionadas ao combate da tuberculose na história da medicina peruana. Nesta oportunidade, através da presente dissertação pretendemos ocupar-nos deste assunto, dando um primeiro passo para preencher esse vazio historiográfico.

CAPÍTULO 1

AS PRIMEIRAS PESQUISAS CIENTÍFICAS SOBRE TUBERCULOSE NA HISTÓRIA DA MEDICINA EUROPEIA

A tuberculose é uma doença altamente contagiosa, muito perigosa, principalmente porque na grande maioria dos casos passa despercebida. Ainda que as pessoas infectadas aparentem um ótimo estado de saúde, o perigo que correm é muito real, pois senão for recebido o tratamento específico, a tuberculose pode chegar a ser uma doença sumamente destrutiva e inclusive mortal.

A tuberculose é uma doença que se contagia por contato próximo. A fonte de infecção são as outras pessoas afetadas pela tuberculose pulmonar. Quando uma pessoa infecciosa tosse, espirra, fala ou cuspe, expulsa ao ar bacilos da tuberculose. Basta somente inalar um pequeno número desses germes para resultar infectado.

No entanto, este tipo de conhecimento não existia na Europa no final do século XIX. Apesar de ser a principal causa de mortalidade, ninguém sabia de que maneira se adquiria a tuberculose.

O propósito neste primeiro capítulo é descrever de que maneira se chegou à descoberta do bacilo tuberculoso. Faremos um breve percurso na história do pensamento médico em Europa com o fim de apreciar como a idéia de contágio foi consolidando-se. Veremos o momento no qual se descobriu o bacilo tuberculoso, suas implicações e as repercussões científicas geradas por este fato.

Ao longo da história do pensamento médico se formularam uma série de teorias sobre o desenvolvimento da tuberculose no corpo humano. Hipócrates e Galeno descreviam a tuberculose sob o nome de *ptisis* ou consunção, conceitos que tinham relação direta com o notável emagrecimento do corpo. Para estes médicos gregos o desenvolvimento das doenças se explicava pelo desequilíbrio de quatro humores ao interior do corpo: sangue, fleuma, bÍlis negra e bÍlis amarela.

Durante o Império Romano, a Idade Média e o começo do Renascimento a autoridade foi o fator mais importante em qualquer noção relacionada com a prática médica. Precisamente, Galeno foi um grande organizador do conhecimento médico da época e um autor bastante prolífico. Muitas de suas obras foram conservadas e isso explica seu dilatado reconhecimento e domínio no pensamento e prática da medicina européia. No entanto, no final do Renascimento começou a experimentar-se uma época de grande busca científica, artística e inclusive médica⁶.

Segundo Dina Czeresnia, a partir do século XVI se começou a formular uma teoria ontológica de propagação da doença com pretensão científica. Segundo esta nova concepção a doença era entendida como um ser com existência própria que vinha do exterior e que não era parte da natureza do homem. A partir desse momento, surgiram duas teorias no âmbito do pensamento médico: a teoria da constituição epidêmica derivada da concepção hipocrática e a teoria do contágio formulada inicialmente pelo médico italiano Girolamo Fracastoro⁷.

O médico inglês Thomas Sydenham foi quem postulou a teoria da constituição epidêmica, também conhecida sob o nome de neo-hipocratismo. Esta manteve a idéia hipocrática de que a doença e a saúde eram produtos de uma relação dinâmica entre forças da natureza; no entanto adicionou a idéia de que aquela dinâmica procurava combater uma matéria mórbida proveniente do exterior. Aquela matéria mórbida estava determinada pelo conjunto de fenômenos naturais. Em definitivo, o específico era a constituição epidêmica e não a doença⁸.

Pelo contrário, o aspecto fundamental da teoria de Fracastoro consistia em identificar uma causa como a origem da epidemia. Segundo Fracastoro, o contágio era causado por partículas imperceptíveis denominadas “semminaria”, que apresentavam propriedades como a difusão pelo ar, resistência e viscosidade. A ação destas “semminaria” se originava

⁶ Um dos trabalhos que se destacou no Renascimento foi o de Andrés Vesálio, que publicou em 1543 uma obra titulada *De humani corporis fabrica*, que significou um inovador trabalho de anatomia humana cujo propósito era entender o adequado funcionamento do corpo.

⁷ Contrária à concepção ontológica, a concepção dinâmica da doença estava presente nas teorias hipocráticas e galênicas. Entendia a doença como a perturbação do equilíbrio ou da harmonia da *physis*. A doença fazia parte da natureza, não vinha do exterior, não era uma entidade que existisse por si mesma senão um processo em curso no homem. Ver Czeresnia, “Do contágio á transmissão”, 48 e 79.

⁸ Costa, “Teorias médicas e gestão urbana”, 59-60.

de perturbações que ocorriam em torno da terra, indicadas por conjunções planetárias, terremotos, cometas, umidade e calor excessivos⁹.

Segundo o historiador Cláudio Bertolli, foi somente no século XVII e XVIII que houve um maior interesse pela experimentação na medicina, como produto da influência da filosofia mecanicista. Isto permitiu o desenvolvimento da anatomia e fisiologia. Por exemplo, no que diz respeito à tuberculose, foram estabelecidas as bases da fisiologia respiratória identificando-se os tubérculos e as cavernas pulmonares¹⁰.

A partir deste momento e durante a primeira metade do século XIX houve um acentuado interesse pela descrição das doenças, entre elas a tuberculose, que derivou dos estudos anatomopatológicos e fisiológicos.

Por um lado, a Clínica supunha a descrição das doenças a partir da anatomia patológica; isto é, quadros clínicos específicos relacionavam sinais e sintomas às lesões no corpo. O nascimento da Clínica supôs a caracterização de um problema de saúde como singular; no caso da tuberculose se procurava conhecer seus mecanismos específicos. No entanto, o corpo estudado por meio da anatomopatologia era a estrutura morta, desvitalizada, sem emoções e sem movimento. Diferentemente dela, a fisiologia supunha o estudo da vida. Segundo Claude Bernard, pai da fisiologia, a medicina era a ciência das doenças, enquanto a fisiologia era a ciência da vida entendida como uma expressão de fenômenos físico-químicos. O contrário era a doença entendida como a variação quantitativa daqueles fenômenos¹¹.

A partir da segunda metade do século XIX com as pesquisas do fisiologista francês Gaspard Laurent Bayle (1774-1816) iniciaram-se as tentativas para definir a natureza da tuberculose. Em 1810 este autor definiu a tuberculose como um processo mórbido progressivo. Aquele foi o início de uma série de estudos fisiológicos que chegaram a ter seu momento mais importante com as pesquisas realizadas pelo fisiologista francês René Laënnec (1781-1826). Laënnec descreveu o processo tuberculoso chegando a admitir só duas formas anatomopatológicas: a granulosa (tubérculo isolado) e a infiltrada

⁹ Czeresnia, “Do contágio á transmissão”, 53 y 80-81.

De acordo com Rita Barata, deve-se entender por causalidade as relações de causa e efeito que existem entre os fenômenos. A causalidade é um dos tipos de determinismos observados no estudo dos fatos naturais. Ver Barata, “Causalidade e epidemiologia”, 32.

¹⁰ Bertolli, *História social da tuberculose e do tuberculoso*, 35.

¹¹ Ver Foucault, “O nascimento da clínica” e Canguilhem, “O normal e o patológico”.

(tuberculose caseosa). Laënnec considerou estas duas formas como etapas diferentes de um mesmo processo ao qual denominou como processo tuberculoso, proclamando deste modo a unidade e especificidade da tuberculose.

No entanto, a tese de Laënnec foi atacada por dois flancos. Primeiro, em 1828 o fisiologista francês François Broussais (1772-1838) sustentou que o tubérculo era uma flogose. Esta afirmação estava em direta relação com a doutrina da irritação que ele mesmo tinha formulado. Para Broussais todas as lesões no corpo tinham como causas um estímulo externo, sendo a doença uma exaltação das propriedades vitais.

A outra crítica derivou de dois cientistas alemães. Rudolf Virchow (1821-1902) e Benno Reinhardt (1819-1852) iniciaram em 1847 a publicação de uma importante revista na qual questionaram a teoria unicista de Laënnec. Ambos admitiam a dualidade da tuberculose, considerando como tal só o tubérculo isolado, e entendendo a forma caseosa ou infiltrada como transformação de produtos inflamatórios.

Embora o tema da especificidade fisiológica da tuberculose tenha ficado em discussão, foi outro aspecto desta doença que começou a ser definido. Em 04 de dezembro de 1865 o cirurgião militar francês Jean-Antoine Villemin (1827-1892) anunciou que tinha conseguido transmitir a tuberculose por inoculação de animais. Villemin descreveu a transmissão desta doença de seres humanos a coelhos, de vacas a coelhos e de coelhos entre si. Sua conclusão foi que a tuberculose era uma infecção específica e sua causa um agente inoculável. Villemin com isto lhe dava razão à tese de Laënnec. No entanto, seus trabalhos suscitaram diferentes objeções, pois outros muitos cientistas tinham fracassado em suas inoculações experimentais.

No entanto, o experimento que terminou dando razão a Villemin foi o que realizou, em 1878, o médico alemão Julius Conheim (1839-1884) ao inocular animais na câmara anterior do olho com material tuberculoso puro. Aquelas inoculações causavam lesões tuberculosas na íris, enquanto se o material era impuro, as lesões deixavam de ser categóricas.

Por sua vez, a teoria unicista de Laënnec terminaria sendo comprovada em 1872, graças aos estudos efetuados pelo pediatra francês Jacques Joseph Grancher (1843-1907), que estudou comparativamente a textura de uma granulação tuberculosa e um núcleo da

pneumonia caseosa, chegando a demonstrar que os dois produtos patológicos eram manifestações de uma só doença, a tuberculose.

Ao ter ficado definido o assunto relacionado com a unidade da tuberculose como doença específica, ficava outro tema pendente: o agente causal. As pesquisas de Villemin constituíram a base que serviu para a busca de alguns cientistas europeus. Na segunda metade do século XIX, aqueles médicos que se lançaram a essa carreira científica foram totalmente influenciados pelo recente desenvolvimento da microbiologia, disciplina iniciada graças aos estudos do francês Louis Pasteur (1822-1895), que tinha sido o primeiro a sustentar o papel efetivo dos germes no desenvolvimento das doenças.

A teoria que postulava Pasteur estava diretamente relacionada à idéia de contágio e se opunha a uma amplitude de concepções da doença que ainda tinham vigência, como a constituição epidêmica e, sobretudo, a miasmática. Segundo esta última o meio físico e social eram perigosos por serem produtores de miasmas. Sob o termo miasma eram incluídas todas as emanações nocivas que atacavam ao corpo humano e que surgiam a partir da putrefação da matéria orgânica tanto vegetal como animal. Tudo aquilo que estivesse estancado poderia ser um elemento perigoso para a saúde, pois era um produtor de miasmas, e assim entendia-se o pântano como um símbolo da podridão. O ar, o água, os refugos e a sujeira deviam circular, e por isso o combate se concentrava numa profunda higiene física e social¹².

Em contraposição, a teoria contagionista considerava que o contágio era produzido no organismo humano e transmitido de um indivíduo a outro mediante o ar, as roupas e outros objetos. Para evitar o contágio os médicos propunham o isolamento dos doentes em lazaretos e a aplicação das quarentenas. No entanto, até meados do século XIX, a teoria do contágio foi considerada especulativa, absurda e sem base consistente¹³.

Foi com as pesquisas de Louis Pasteur, primeiro sobre a fermentação e posteriormente em torno do mal que afetava ao bicho da seda, que se deram os primeiros passos decisivos na tese de que eram organismos vivos os causadores das doenças contagiosas.

¹² Costa, “Teorias médicas e gestão urbana”, 60. Ver também o clássico estudo do Corbin, *Saberes e odores*.

¹³ Ver Ackerknecht, “Anticontagionism between 1821 and 1867”.

Precisamente, em 24 de março de 1882 o cientista alemão Robert Koch (1843-1910) comunicou à *Sociedade Fisiológica de Berlim* a descoberta de um germe que se encontrava nos pulmões de animais e humanos afetados de tuberculose. Aquele agente infeccioso foi qualificado por Koch como o agente específico causador da tuberculose.

Koch chegou a sustentar esta afirmação depois de ter isolado aquele microorganismo e tê-lo feito crescer num cultivo puro para posteriormente inoculá-lo em animais de laboratório com o propósito de induzir a doença neles, isolando novamente o germe dos animais doentes e comparando-o com o original. Aquele engenhoso procedimento terminaria sendo conhecido como o ciclo de Koch, e o agente infeccioso da tuberculose passou a ser reconhecido sob o nome de bacilo de Koch. Por todas estas pesquisas e descobertas relacionadas à tuberculose, Robert Koch recebeu o Prêmio Nobel de Medicina em 1905.

Como muito bem afirma Helen Gonçalves, a descoberta do bacilo tuberculoso supôs associar o mal ao micróbio, modificando não só a etiologia senão as formas de perceber e lutar contra a tuberculose¹⁴. Isto tinha direta relação com a entrada do bacilo tuberculoso no corpo humano. Os estudos de Koch já tinham assinalado que o micróbio da tuberculose estava presente em algumas secreções corporais, especialmente nos escarros. Foi então que uma série de pesquisas, iniciadas pelo fisiologista alemão George Cornet (1858-1915), confirmaram esta teoria, que legitimou a adoção de rigorosas medidas de profilaxia e higiene.

De acordo com aqueles estudos, a via utilizada pelo bacilo de Koch era por meio de escarros jogados pelos tuberculosos ao chão, ou em determinados objetos como a cama ou o lenço. Estes depois de secarem eram desprendidos por ação da limpeza mediante o uso da vassoura ou do espanador. Desta maneira o bacilo tuberculoso passava ao ar e era absorvido pelo homem ao respirar. Esta via de contágio passou a ser chamada de contágio em seco em direta alusão à prévia dessecação dos escarros no meio ambiente.

A partir deste momento a higiene, que tinha sido entendida no século XVIII como um atributo moral, passou a possuir uma dimensão social e política durante os séculos XIX e XX¹⁵. A moradia e o hospital começaram a ser objeto de uma vigilância e controle

¹⁴ Gonçalves, “A tuberculose ao longo dos tempos”, 308.

¹⁵ Costa e Sanglard, “Oswaldo Cruz e a lei de saúde pública na França”, 494.

estrito. Precisamente, a teoria do contágio tuberculoso em seco colocava ênfase na profilaxia dos ambientes construídos e na correta aeração.

Não era só o escarro tuberculoso que preocupava. No *Congresso Internacional de Medicina* reunido em Bruxelas em 1883 se discutiu o contágio da tuberculose por meio do consumo de carne e leite provenientes de animais tuberculosos. Assim mesmo, ao ano seguinte no *Congresso de Higiene de La Haya* se estabeleceu como norma a proibição do consumo de carne e leite proveniente de animais atacados de tuberculose confirmada. Finalmente, no *Congresso de Veterinária* reunido em Paris em 1885, o médico francês Saturnin Arloing (1846-1911) sustentou que o consumo de carnes, inclusive de boa aparência, provenientes de animais atacados de tuberculose, devia ser totalmente proibido.

Assim mesmo, a descoberta do bacilo tuberculoso exigia um posterior empenho. Precisamente, a teoria do germe formulada por Pasteur não só se preocupava com a identificação dos agentes causais das doenças; ademais se supunha de que uma vez identificado o micróbio específico de uma doença, o passo seguinte estaria relacionado com a descoberta da cura. Foi assim que no *Congresso Internacional de Ciências Médicas* reunido em Berlim em 1890, Robert Koch comunicou que tinha encontrado um remédio capaz de prevenir o desenvolvimento do bacilo tuberculoso. A este remédio Koch o chamou sob o nome de tuberculina.

No entanto, as esperanças que se fundaram na tuberculina se desvaneceram logo. As pessoas inoculadas com este elemento em lugar de melhorar, pioravam. Ao final, a aplicação da tuberculina ficou reduzida quase só para o diagnóstico, já que mediante seu emprego era possível descobrir, tanto no homem como nos animais, se existia a presença do bacilo, ainda que não revelassem nenhum sinal clínico. Daí em diante uma série de remédios e soros foi utilizada para o tratamento da tuberculose. Nenhum daqueles chegou a ter um efeito realmente curativo sobre a tuberculose¹⁶.

Segundo o argumento de Bertolli e Bittencourt, devido à ausência de uma droga curativa no século XIX e meados do século XX para o tratamento da tuberculose, a medicina teria recuperado a cura de repouso e a climatoterapia como meios para a

¹⁶ Um destes remédios foi a creosota. Descoberta em 1830 foi posteriormente introduzida na terapêutica da tuberculose onde seu emprego extensivo e variado chegou rapidamente aos limites do exagero, não demorando esta substância em cair num abandono igualmente rápido por seus resultados altamente negativos. Outros medicamentos foram o iodofórmio e o ácido fênico. Entre os soros destacou o criado pelo médico italiano Maragliano em 1895.

restauração da saúde dos tuberculosos¹⁷. Pessoalmente, não seria tão categórico nesta afirmação; no entanto, é totalmente verdadeiro que ao final do século XIX a terapêutica antituberculosa teve um importante desenvolvimento.

O sanatório foi o primeiro estabelecimento sanitário especializado no tratamento da tuberculose. Desenhado em 1854 por Hermann Brehmer (1826-1889) rapidamente se multiplicou em diferentes países europeus, chegando a converter-se no modelo de assistência para tuberculosos ao longo de toda a segunda metade do século XIX.

Hermann Brehmer era um estudante de botânica que, ao sofrer de tuberculose recebeu a instrução de seu médico para que procurasse um clima mais saudável fora de sua localidade. Os conselhos de seu médico o impulsionaram a realizar uma viagem para as montanhas do Himalaya, onde continuaria com seus estudos de botânica enquanto tratava de livrar-se da doença por ação do benéfico clima da zona. Finalmente, retornou a sua casa, curado e isto o motivou a estudar medicina, apresentando então em 1854 sua tese de doutorado intitulada *A tuberculose é uma doença curável*. Nesse mesmo ano elaborou uma construção em Gorbersdorf (Silesia) onde, no meio de árvores de pinheiro, os tuberculosos eram submetidos a um tríptico tratamento baseado no repouso absoluto, a exposição ao ar puro e a superalimentação. Esta organização chegou a converter-se no anteprojeto das subseqüentes pesquisas sanatoriais, que chegaram a ser uma poderosa arma na batalha contra a tuberculose no mundo¹⁸.

Da mesma forma que o sanatório, o hospital também experimentou um notável desenvolvimento. Segundo Foucault, a origem do hospital médico se encontra na confluência de dois processos ou fenômenos diferentes em sua origem: a intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar. A partir do século XVIII, o hospital se converte num instrumento de cura, deixando de ser uma instituição de assistência aos pobres, seja material ou espiritual, como havia sido na Idade Média. A análise do espaço,

¹⁷ Ver Bittencourt, *Peste branca – arquitetura branca*, 30 e Bertolli, *História social da tuberculose e do tuberculoso*.

¹⁸ Já para 1885, um quarto de século depois, Edward L. Trudeau abriu o primeiro sanatório de tuberculose nos Estados Unidos, o qual se localizou nas montanhas de Adirondack em Nova York, chegando posteriormente a existir no século XX mais de 400 sanatórios nos Estados Unidos. Nesta mesma época outros sanatórios muito famosos em outras partes do mundo foram o de Davos em Suíça criado em 1887 e que inspirou a Thomas Mann para escrever uma novela sobre este tema chamada *A Montanha Mágica*; depois o sanatório de Tonsaasen em Noruega, o Royal National Hospital for Consumption em Inglaterra, o sanatório Marítimo de Margate, o qual foi o primeiro em sua espécie no mundo, criado em 1897 em Inglaterra e que esteve destinado exclusivamente para crianças.

o controle sobre o resultado em direta relação com a eficácia, a vigilância constante dos enfermos e o registro contínuo foram as características que levaram à configuração do hospital como um espaço e uma ferramenta de cura¹⁹.

Os anteriores achados científicos relacionados ao contágio da tuberculose tiveram um impacto decisivo na configuração do hospital. No interior, a tuberculose gerava um alto índice de mortalidade, o qual era explicado pela idéia do contágio em seco. Daí decorria a determinação da adoção de medidas de higiene rigorosas. Isto obrigou a que os médicos pensassem numa alternativa, que terminou no desenho de um pavilhão especial para tuberculosos. A construção de hospitais, dotados com pavilhões para tuberculosos, estava intimamente relacionada com a idéia de que o contágio da tuberculose seria pelo ar.

A vigilância sobre os doentes se redobrou quando em 1897 o bacteriologista e higienista alemão Carl George Flügge (1847-1923), fundamentando-se em trabalhos experimentais, relegou em segundo plano a ação do pó bacilífero na transmissão da tuberculose. Segundo Flügge, o contágio tuberculoso se efetuava diretamente por intermédio das gotas minúsculas de saliva que eram lançadas pelos doentes quando tossiam, espirravam ou falavam em voz alta, e não de modo indireto por meio dos escarros dessecados. Esta teoria, chamada de contágio em úmido, terminou sendo comprovada por outros médicos a partir de numerosas experiências clínicas.

Conquanto a tuberculina tenha resultado em fracasso, Roberto Koch voltou a surpreender a comunidade científica europeia quando comunicou no *Congresso Internacional da Tuberculose*, reunido em Londres, em 1901, que a tuberculose humana era diferente da tuberculose bovina. Esta afirmação foi feita depois de ter realizado trabalhos experimentais junto com o veterinário alemão Wilhelm Schutz (1839-1920).

Segundo Koch e Schutz a transmissão da tuberculose pelo leite ou carne dos animais infectados, principalmente os bovinos, era pouco freqüente bem como a tuberculose hereditária²⁰, sendo, portanto desnecessário tomar alguma medida para evitar a contaminação do homem por meio daqueles produtos. Para Koch a única causa da

¹⁹ Foucault, “O nascimento do hospital”, 99-107.

²⁰ Até o final do século XIX se cria que a tuberculose era uma doença herdada; isto estava em direta relação com a teoria da constituição epidêmica. Segundo esta, o ser humano estaria predisposto ou com a doença em si em seu corpo; isto teve relação com a idéia da degeneração. Assim mesmo, as condições e os hábitos de vida eram também considerados importantes para a determinação da tuberculose. Para maior informação ver Gonçalves, “A tuberculose ao longo dos tempos”, 307.

propagação da tuberculose era decorrente dos escarros dos tuberculosos, e as medidas de profilaxia deviam dirigir-se exclusivamente nesse sentido.

Naquele mesmo Congresso, o veterinário e microbiologista francês Edmond Nocard (1850-1903) manifestou a tese contrária à pronunciada por Koch e Schutz. Nocard citou os casos de muitos veterinários que tinham se inoculado com a doença ao praticar a autópsia de vacas tuberculosas.

Esta ambigüidade foi esclarecida graças a três estudos. Em primeiro lugar, no *Congresso Internacional da Tuberculose*, reunido em Paris em 1905, Saturnino Arloing sustentou que o erro da tese dualista defendida por Koch e Schutz consistia em ter considerado a virulência do bacilo como fixa, o que obviamente lhes tinha conduzido a admitir numerosas divisões da doença, já que tanto no homem como nos bovinos tuberculosos se podiam encontrar germes de virulência muito diferente. Em segundo lugar, a doutrina da unidade do germe da tuberculose chegou a receber valiosas contribuições favoráveis, em 1911, em um informe elaborado por médicos ingleses membros da *Comissão Britânica*, que havia sido constituída em 1904 pela Coroa Inglesa para o estudo da tuberculose.

No que diz respeito ao terceiro estudo, este chegaria a ter uma implicação adicional. No *Congresso Médico de Cassel*, o bacteriologista alemão Emil Adolf von Behring (1854-1917) comunicou que a tuberculose em pessoas adultas se devia quase sempre a uma infecção bacilar do intestino contraída durante a primeira infância. Em conformidade com esta idéia manifestou a conveniência de se empregar na alimentação dos meninos somente o leite proveniente de vacas imunizadas contra o bacilo de Koch.

Segundo von Behring, a infecção intestinal era originada na primeira infância pelos bacilos tuberculosos que se encontravam no leite de vaca, os quais penetravam nos gânglios linfáticos do intestino para irem armazenando-se nos gânglios mesentéricos. Dos gânglios, o germe, que podia ficar encerrado aí durante anos e ainda por toda a vida, poderia emigrar para o sangue e ir infectar diferentes órgãos, principalmente o pulmão.

A implicação maior da teoria de von Behring era a negação de que a tuberculose pudesse ser adquirida por inalação. Este médico considerava que o bacilo bovino contido no leite era a causa única da tuberculose no homem.

Conquanto a teoria de Behring tenha contribuído para demonstrar, em oposição à teoria de Koch e Schutz, o perigo que representava para o homem a tuberculose bovina; por outro lado, sua proposta não foi aceita em caráter absoluto já que tendia a negar o contágio da tuberculose de homem a homem.

Finalmente, no *Congresso Médico de Viena* reunido em 1907 se debateram os postulados das duas doutrinas patogênicas opostas: a respiratória e a digestiva. Efetivamente, seus defensores contribuíram para esse debate com provas a favor da causa que defendiam. Pode dizer-se que nesse mesmo Congresso a teoria aerógena, que tinha sido formulada por Flügge, ganhou numerosos defensores.

Conquanto o tuberculoso já tivesse sido identificado como o principal foco infeccioso, com a confirmação da teoria do contágio em úmido, se impunha sua sistemática educação. Embora o tuberculoso já fosse educado de acordo com os princípios básicos de higiene, agora esta educação higiênica deveria ser exercida com mais rigor.

Um dos espaços dos quais se valeu a medicina européia para difundir os princípios de higiene, tanto individual como social, foi o dispensário. Concebido, em 1887, por Robert Philip em Edimburgo, Escócia, o dispensário se caracterizou por ser precisamente uma das ferramentas mais importantes na luta antituberculosa adotada no aparelho sanitário europeu.

Como tivemos ocasião de apreciar, o interesse pelo estudo da tuberculose não se iniciou com Robert Koch. A tuberculose foi uma doença que sempre acompanhou ao homem; no entanto, o modo como foi concebida não sempre foi o mesmo. Ao longo da história da medicina uma série de teorias médicas formulou hipóteses diferentes meio desta epidemia crônica.

Uma vez realizada esta breve vista panorâmica das pesquisas efetuadas na Europa relacionadas com a etiologia e profilaxia da tuberculose, considero que estamos em melhores condições para iniciar o estudo das idéias e práticas médicas que estiveram presentes em dois contextos representativos na América Latina, e nos referimos às comunidades médicas em Lima e Rio de Janeiro, no trânsito do século XIX ao XX.

CAPITULO 2

IDÉIAS E PRÁTICAS MÉDICAS CONTRA A TUBERCULOSE NA CIDADE DE LIMA (1882-1919)

O objetivo central neste segundo capítulo consiste na identificação e análise das principais idéias e práticas médicas com respeito à etiologia, profilaxia e tratamento da tuberculose presentes no discurso médico peruano entre finais do século XIX e inícios do XX.

Como vimos no primeiro capítulo, em 24 de março de 1882 o cientista alemão Robert Koch expôs na *Academia Fisiológica de Berlim* a descoberta do agente causal da tuberculose, o bacilo tuberculoso. A pesquisa realizada por Koch constituiu um passo decisivo na consolidação da teoria contagionista aplicada à tuberculose. Posteriores trabalhos científicos confirmaram aquela descoberta, e influíram decididamente na implementação de programas sanitários cujos objetivos centrais eram profiláticos e terapêuticos.

Os médicos peruanos não foram alheios a este assunto e elaboraram uma considerável quantidade de pesquisas científicas publicadas em *La Crónica Médica*, e também defendidas em teses de medicina²¹. No entanto, quais foram os temas relacionados ao contágio da tuberculose que obtiveram maior atenção dos médicos peruanos?, Quais foram os médicos que se preocuparam com este assunto de saúde pública?, Quais foram as etapas pelas quais atravessou o discurso médico peruano desde o

²¹ *La Crónica Médica* foi a principal revista médica no Peru desde fins do século XIX até as três primeiras décadas do século XX inclusive. As teses de medicina foram defendidas na *Faculdade de Medicina de San Fernando* pertencente à Universidade San Marcos de Lima.

descobrimto de Koch até a execução da primeira campanha nacional contra a tuberculose em 1919?, Houve consenso ou polémicas? Finalmente, as idéias e práticas médicas formuladas pela medicina peruana em matéria de tuberculose apresentaram originalidade ou tratavam-se mais de uma cópia dos postulados formulados pela medicina europeia? Estas são algumas das perguntas que neste capítulo tentaremos responder.

Preferimos realizar uma aproximação cronológica identificando cinco etapas claramente diferenciadas na história da luta antituberculosa no Peru no período 1882-1919.

2.1 A Climatoterapia (1882-1895).

A primeira etapa da luta antituberculosa no Peru se inicia em meados do século XIX e chega até 1895, aproximadamente. Durante estes anos, os médicos peruanos reconheceram na ação de determinados agentes climáticos a explicação para o desenvolvimento da tuberculose na cidade de Lima. A contaminação da atmosfera ocasionada pela decomposição de matérias orgânicas, a ausência ou presença de um determinado gás no ar, a altitude sobre o nível do mar ou o excesso de oxigênio inspirado foram idéias que alcançaram uma maior atenção. Portanto, para atingir a cura era necessário transladar o tuberculoso para um ambiente puro, isento de miasmas e com condições climáticas ideais.

Sob estes critérios, que dominavam naquele período a ciência médica ocidental, o sanatório foi o estabelecimento sanitário por excelência para o tratamento e cura da tuberculose. Os médicos peruanos não foram alheios a estes princípios e identificaram no clima da Serra Central, especialmente no de Jauja, o lugar ideal para construir um sanatório²².

Os primeiros trabalhos científicos sobre tuberculose no Peru podem ser encontrados desde meados do século XIX. Todas estas pesquisas mostram um consenso ao identificar no clima de altitude, especialmente o de Jauja, bondades terapêuticas e curativas para a

²² A cidade de Jauja é a capital do distrito e a província homônimas. Esta localizada na região central do Peru, no departamento de Junín, no Vale do Mantaro. Jauja foi uma das primeiras cidades fundadas pelos espanhóis no século XVI, inclusive num primeiro momento chegou a ser considerada como a possível capital do Virreinato Espanhol. Localiza-se geograficamente a uma altitude de 3,352 m.s.n.m. Jauja é uma das mais importantes cidades no Peru principalmente por sua geografia e suas variadas expressões folclóricas.

tuberculose. As idéias defendidas por estes médicos, considerando determinado clima e sua condição específica como ferramenta eficaz para o tratamento e cura da tuberculose, proviam de uma disciplina muito em voga na época, a Geografia Médica.

A Geografia Médica supunha que para cada região ou ecologia correspondia um determinado grupo de doenças; isto é, cada região possui um mosaico nosológico diferente e bondades terapêuticas também diversas. Esta relação íntima entre a presença da doença e sua correspondente região geográfica permitia aos médicos ter um critério adicional ao momento de recomendar a um paciente a visita de uma região determinada para o restabelecimento de sua saúde. A Geografia Médica teve uma ferramenta vital que foi a Climatoterapia, disciplina que se ocupava do tratamento das doenças por meio da ação de climas favoráveis.

A Climatoterapia estudava o conjunto das condições atmosféricas e telúricas e sua influência sobre os seres vivos. As condições atmosféricas se referiam à radiação solar, composição do ar, temperatura, umidade, morbosidade, precipitações, eletricidade, ventos, luminosidade, insolação e pressão atmosférica; as condições telúricas se referiam à constituição do terreno e ao regime aquoso.

O médico limenho Carlos Meyer nos apresenta neste parágrafo a importância da Climatoterapia em meados do século XIX:

El estado más o menos puro de la atmósfera y su temperatura o el clima, es para el hombre lo que es la tierra para las plantas. El más bonito árbol de los países más felices, se reduce al polo norte en un arbustillo, las flores pierden sus más bellos colores, los musgos se aferran al suelo, mientras que las palmas del sur se elevan al cielo como las cumbres de los Andes; el gato se trasmuda en un león y tigre y el lagarto en un cocodrilo, hasta sobre el estado político de un país el clima tiene sus reacciones y puede hacer un país grande y rico más favorable a la monarquía que a la democracia”²³.

Entre todos os temas discutidos pela Climatoterapia, a altitude ocupou um espaço privilegiado na literatura médica peruana no que se refere à tuberculose. A seguir nos ocuparemos deste assunto.

²³ Meyer, “La atmósfera y el clima de los Andes”, 260.

O médico limenho Carlos Meyer sustentava que para obter um adequado tratamento da tuberculose pulmonar devia existir uma temperatura constante ao longo do ano e uma escassa pressão do ar atmosférico, e que tais condições eram encontradas somente em Jauja²⁴.

No mesmo sentido opinava o médico Evaristo D'Ornellas, primeiro catedrático de Anatomia Geral e Patológica na *Faculdade de Medicina de San Fernando*²⁵, que qualificava à cidade de Jauja como um refúgio em todas as épocas do ano para os afetados do pulmão, já que a tuberculose para ele era uma doença comum em lugares baixos como a costa, e pelo contrário rara nas planícies e vales elevados da serra peruana.

Conquanto D'Ornellas afirmasse que muitos dos vales da Cordilheira dos Andes eram úteis para o tratamento da tuberculose, reconhecia que nem todos tinham um clima conveniente, pois o único que merecia maior confiança era o de Jauja, tendo em vista a ausência de miasmas e a secura de sua atmosfera²⁶. Igualmente, Manuel Fernández, médico limenho que foi um dos primeiros a estudar medicina na França, descartava aos climas que não eram de altitude como benéficos contra a tuberculose; para Fernández o clima de altura era o melhor baseando-se no fato real de que não era possível encontrar tuberculosos em cidades de certa altitude como Quito, México, Potosí e La Paz²⁷.

De todos os assuntos que estavam relacionados com a altitude, a presença ou ausência do ozônio na atmosfera foi um dos mais abordados em matéria de Climatoterapia. Alguns médicos reconheciam no ozônio uma ação terapêutica e inclusive preventiva da tuberculose. Sua propriedade mais importante consistia em purificar o ar

²⁴ Meyer, "La atmósfera y el clima de los Andes", 261.

²⁵ Arias-Stella, "Anatomía patológica en el Perú", 81. Por outro lado, o médico Evaristo D'Ornellas foi redator na *Revista de Lima*, fundada pelo médico Casimiro Ulloa, em 15 de junho de 1859 e cuja publicação terminou em 01 de junho de 1863. Tratou-se de um meio jornalístico que foi o veículo mais importante das idéias reformistas que tratavam de justificar as atividades comerciais agro-exportadoras para Europa em meados do século XIX.

²⁶ D'Ornellas, "La influencia del clima de los Andes", 162.

²⁷ Fernández, "Profilaxis de la tisis", 107-108. Um relato extraído do artigo de Archibaldo Smith, cientista inglês, permite-nos ter uma melhor imagem do benéfico que era considerado o clima de Jauja por estes médicos: "El Dr. Lorente era profesor de Botánica en el Colegio de San Fernando, cuando acometido de hemoptisis se imposibilitó para desempeñar sus deberes profesionales. Estuvo largo tiempo en Lima bajo un tratamiento médico, y también ensayó los efectos del clima de Chorrillos, lugar de baños de aquella ciudad, pero se debilitó más y más. El resultado fue que su paisano el Dr. Pasaman y yo reunidos en consulta convenimos en que debería ir a Jauja y de ahí a Huancayo cuyo aire es más libre y suave, de este punto pasó a la Montaña cuando se halló bastante restablecido. La hemoptisis se le suspendió luego que llegó a Jauja, como sucede casi siempre con los enfermos de esta clase". Ver Smith, "Geografía de las enfermedades", 264.

atmosférico e com isso facilitar a excitação da função respiratória e a circulação sanguínea, tendo como consequência o aumento do aquecimento corporal e a nutrição. Para estes médicos, o ozônio só podia estar presente num clima campestre e de altura, já que em qualquer outro lugar, como, por exemplo, na cidade de Lima, onde existiam consideráveis emanações de matérias orgânicas, tanto fisiológicas como patológicas, o ozônio desaparecia completamente da atmosfera²⁸.

O ozônio tornou-se um elemento muito útil para o tratamento da tuberculose e vários médicos lhe deram esse valor, primeiro com Fernández e depois através das contribuições de Meyer para o qual o ozônio constituía um poderoso oxidador ou purificador ao transformar o sangue carbônico num sangue mais delgado, mais arterial e mais aparente para o bom funcionamento da atividade respiratória²⁹.

No entanto, este gás não gozou da aceitação por parte de todos os médicos já que alguns o consideravam prejudicial para o enfermo tuberculoso, em particular no que se referia ao seu poder excitante sobre o organismo. O mais interessante entre os estudos nesta matéria foi o elaborado por José María Zapater. Este médico jaujino considerava que o ozônio não era mais do que oxigênio eletrizado, que se bem que gerasse um maior poder excitante sobre os organismos, este só favoreceria o desenvolvimento da tuberculose consumindo mais rapidamente ao enfermo. Para Zapater o ideal era uma atmosfera isenta de ozônio, identificando esta qualidade na cidade de Jauja, considerada por ele como a mais apropriada para o tratamento dos tuberculosos³⁰.

Certamente, em relação aos efeitos do ozônio, ou sobre qualquer outro assunto vinculado à Climatoterapia, nenhum médico tinha a última palavra. Pesquisas numerosas que se sucederam uma após outra contribuíram com idéias novas para o estudo sobre o papel de determinados agentes atmosféricos, demarcando em relação a postulados anteriores. Inclusive o próprio papel da altitude foi questionado quando os médicos começaram a exigir provas necessárias e suficientes que pudessem corroborar a afirmação de que os climas de altura, especialmente o clima de Jauja, pudessem ser realmente específicos para a cura da tuberculose.

²⁸ Fernández, “Profilaxis de la tisis”, 104-105.

²⁹ Meyer, “La atmósfera y el clima de los Andes”, 260-261.

³⁰ Zapater, “Influencia del clima del valle de Jauja”, 157.

Para o médico limenho José Casimiro Ulloa não bastava saber vagamente que a residência em Jauja era proveitosa para os tuberculosos, senão que era preciso determinar de que maneira o era, em que circunstâncias e em qual época precisa da doença poderia existir a esperança de um completo restabelecimento sob a influência daquele clima. Ulloa considerava que a única forma de identificar aquelas condições era mediante a elaboração de estatísticas que compreendessem um período de cinco anos no mínimo³¹.

Por outro lado, uma questão prática atingiu bastante relevância. Uma considerável quantidade de tuberculosos, seja por falta de recursos para realizar a viagem até Jauja ou pelo estado agudo de sua doença, que lhes impossibilitava realizar tamanha travessia ascendendo aos Andes, começou a instalar-se em ecologias intermédias entre Lima e Jauja, chegando a ser Chosica e Matucana os destinos mais freqüentados. A afluência de tuberculosos para estes dois destinos com o tempo voltou a ser importante chegando a gerar problemas quanto à capacidade destes povos para albergar àquelas pessoas que ante a falta de moradia, alimento e adequados serviços de saúde começaram a passar por muitas penúrias³².

Agentes climáticos como temperatura, pressão atmosférica, estações, presença de ozônio, secura ou pureza de ar foram exigidos pelos médicos para determinar as virtudes climatoterápicas de uma região. Neste sentido foram produzidos estudos bem diversos

³¹ Ulloa, “Del clima de Jauja y de su influencia sobre la ptisis”, 443. José Casimiro Ulloa foi um marcante médico no Peru a fins do século XIX. Uma vez concluídos seus estudos de Medicina, no então Colégio da Independência, foi enviado a Paris por Cayetano Heredia para que se aperfeiçoasse em sua formação médica. A sua volta ao Peru colaborou de perto com Heredia na reorganização da Faculdade de Medicina. Assim mesmo, Ulloa foi fundador da *Gaceta Médica de Lima* em 1884, órgão oficial da *Sociedad de Medicina de Lima*. Por outro lado, Ulloa é importante por ser um dos primeiros médicos em desenvolver os estudos relacionados com as doenças mentais no Peru. Ver Peñaloza, “Daniel A. Carrión”, 60 e Ruiz Zevallos, “Medicina mental y modernización”.

³² O médico Francisco Rosas, nesse então catedrático de Fisiologia na Faculdade de Medicina, tem uma descrição memorável sobre aqueles tuberculosos que ante o agravado de seu mau decidiam ainda assim atravessar a cordilheira: “... *pero como naufragar en mar desconocida, que agitados por el deseo de la salvación se arrojan entre los escollos y encuentran más segura y pronta muerte, así perecen en los climas menos apropiados, rendidos al rigor de la enfermedad que crece con las fatigas del viaje, con el abandono y bajo la influencia de una atmósfera nociva*”. Ver Rosas, “Convalecencia de los tísicos”, 97.

Chosica faz parte do atual distrito Lurigancho – Chosica da província de Lima, no departamento de Lima. Localizada à beira do rio Rímac, compartilha o Vale do Rímac com os distritos de Ate e Chaclacayo. Chosica geograficamente está localizada a 850 m.s.n.m.; fundada em 13 de outubro de 1864 sob o nome de Nova Chosica, constitui até o dia de hoje uno dos lugares prediletos de férias para os limenhos. Por sua vez, Matucana é a capital e um dos 32 distritos que conformam a província de Huarochiri no departamento de Lima. Localizada a uma altitude de 2,378 m.s.n.m. apresenta todo o ano um clima seco e temperado. Esta cidade se caracteriza por ser um lugar de descanso e para a prática de esportes de aventura.

pelos médicos. No entanto, a proposta de implantar um sanatório foi muito criticada; era evidente que se impunha a implantação de um sanatório de acordo com os princípios da Climatoterapia, mas não houve uma decisão concreta. Os médicos neste período fizeram basicamente recomendações e algumas vezes procuraram chamar a atenção do governo quanto aos recursos necessários para sua construção. Nada mais.

Foi neste contexto que apareceu a tese de medicina de Melchor Chávez Villarreal. Nela não restava qualquer influência de toda a variedade de agentes climáticos indicados pelas pesquisas precedentes, concentrando seu interesse em apenas um. Segundo sua tese era preciso abandonar a idéia da bondade do conjunto (condições atmosféricas e telúricas) e procurar exclusivamente em um de seus elementos a vantagem antituberculosa. À conclusão que chegou Chávez Villarreal foi a de que a tuberculose se desenvolvia com maior freqüência e sua evolução era mais favorecida nos climas nos quais existia excesso de oxigênio inspirado relativamente à quantidade consumida no organismo³³.

Para este médico a causa da tuberculose radicava-se na densidade atmosférica e, portanto na quantidade de oxigênio contido em cada volume de ar inspirado, já que à maior densidade atmosférica correspondia maior quantidade de oxigênio e vice-versa. Deste modo, ao ter duas populações, estando uma situada num lugar alto e a outra numa região baixa, a atmosfera da primeira conterá menos oxigênio do que a segunda; portanto, o indivíduo que se translade de um lugar baixo a outro alto, passará a respirar um ar menos oxigenado; e sucederá o inverso em caso contrário.

Segundo Chávez Villarreal, as contínuas reparações de energias, perdidas nas regiões de altitude por efeito do frio, exigiam o emprego de uma grande quantidade de oxigênio. Ao não existir demasiada presença deste gás, o organismo passava a consumir o necessário sem que restasse algum excedente que pudesse ser nocivo. No caso contrário, isto é, quando o oxigênio não era totalmente assimilado, ficando excedentes no organismo, o desenvolvimento da tuberculose era iminente. O que se conclui desta argumentação é que para Chávez Villarreal a tuberculose não existia, ou pelo menos era demasiado rara em lugares de altitude, sendo pelo contrário freqüente nos lugares baixos.

³³ Chávez Villarreal, "Estudio sobre la influencia del clima en la tuberculosis pulmonar", 459.

Havendo excesso de oxigênio absorvido, a hiper-arterialização sanguínea, conhecida nessa época sob o termo venosidade do sangue³⁴, gerava a diminuição dos glóbulos vermelhos, o aumento da coagulação e com isso a aceleração da metamorfose formativa. Em virtude desta aceleração de formação e da diminuição dos glóbulos vermelhos, cuja proporção normal era necessária para a conservação das forças do organismo, as células novamente formadas pela ação do oxigênio não atingiriam seu completo desenvolvimento, ou em todo caso quando ainda chegassem a formar células perfeitas estas não teriam a suficiente força para sua estabilidade e degenerariam facilmente. Segundo Chávez Villarreal, em qualquer destes dois processos acompanhava-se a implantação do bacilo tuberculoso³⁵.

Uma primeira crítica que se lhe fez a Chávez Villarreal foi o fato de que em sua própria tese recomendava as Ilhas Chincha³⁶ como um lugar ideal para o tratamento da tuberculose, sendo sua localização geográfica não correspondente ao de altitude alguma. Frente a isto, defendeu-se mediante o argumento de que as Ilhas Chincha eram uma exceção, pois conquanto não possuíssem maior elevação sobre o nível do mar, isto era compensado pela emissão de amoníaco produzido pela decomposição das fezes de aves “guaneras” que em grande quantidade habitavam ditas ilhas, tendo este gás a propriedade de diminuir a quantidade de oxigênio em sua atmosfera. No entanto, foi reconhecido que na estação de inverno esta bondade se perdia por sua atmosfera encontrar-se carregada de tanto oxigênio como na costa, devido ao menor desprendimento de amoníaco por efeito da diminuição da temperatura.

³⁴ A venosidade do sangue é atualmente conhecida sob o nome de hematose e consiste na conversão do sangue venoso em arterial; um processo que ocorre no nível da barreira alvéolo-capilar e o intercâmbio das substâncias gasosas (oxigênio e dióxido de carbono) entre o sangue e o ar inspirado conteúdo nos pulmões. Outra maneira de referir-se a este processo é que são os intercâmbios gasosos que se produzem no interior dos alvéolos pulmonares, que terminam com a introdução de oxigênio no sangue e eliminação de anidrido carbônico. Para maior informação ver *El manual Merck de medicina y terapéutica*.

³⁵ Certamente esta idéia não é original de Chávez Villarreal. Quando o médico peruano fala da menor quantidade de oxigênio inspirado está fazendo direta referência ao termo de “dieta respiratória” cunhado pelo fisiologista francês Dennis Jourdanet, discípulo do famoso fisiologista Paul Bert. As opiniões de Jourdanet em matéria de Climatoterapia faziam referência a critérios relativos à inferioridade biológica dos habitantes em América. Seus dois principais trabalhos foram *Les altitudes de l'Amérique tropicale comparées au niveau des mers au point de vue de la constitution médicale* (1861) e *Influence de la presión de l'air sur la vie de l'homme* (1875). Ver Cueto, “Andean Biology in Peru”, 641. A respeito de Jourdanet ver Auviner e Briulet, “El doctor Dennis Jourdanet”, 427-428.

³⁶ As Ilhas Chincha formam um grupo de três pequenas ilhas situadas a 21 km. da costa sudoeste cerca da cidade de Pisco, pertencente ao departamento de Ica localizado ao sul de Lima.

A segunda crítica é em nossa opinião a mais importante. Chávez Villarreal tinha conhecimento dos estudos efetuados por médicos europeus com respeito à identificação do bacilo da tuberculose. No entanto, ao apoiar a tese da dieta respiratória estava negando qualquer poder infeccioso ou contagioso a este agente; isto é, o desenvolvimento da tuberculose no organismo humano não dependeria de um agente externo senão do excesso de oxigênio que exacerbava as funções respiratória e nutritiva desencadeando a formação dos tubérculos.

Tanto a tese de Chávez Villarreal, como todos os estudos anteriormente citados, era conferido um papel decisivo à ação de um ou vários agentes climáticos no desencadeamento da tuberculose. A idéia de contágio esteve totalmente ausente.

Um dos primeiros médicos em introduzir a teoria do contágio da tuberculose foi o médico limenho Leonidas Avendaño, precisamente o mesmo que criticou os postulados argumentados por Chávez Villarreal em sua tese de medicina³⁷. Para Avendaño o desenvolvimento da tuberculose não se radicava na ação de um determinado agente climático. Pelo contrário, tratava-se de um micróbio, de um microorganismo, o bacilo de Koch. Em seu trabalho tentou esclarecer seus leitores indicando os diferentes períodos ou fases pelos quais tinha atravessado a história da concepção da tuberculose.

Avendaño partilhava da idéia de que a tuberculose era uma doença contagiosa, parasitária, sendo para ele impossível que alguém se tornasse tuberculoso sem receber do exterior o germe da doença. O contágio se via favorecido pelas condições particulares inerentes ao indivíduo, as quais não influíam diretamente no desenvolvimento da doença senão tão só preparando o terreno ou facilitando a penetração do germe tuberculoso. Segundo Avendaño, as principais causas que favoreciam o desenvolvimento da tuberculose, na cidade de Lima, eram o matrimônio entre tuberculosos, a má alimentação nas escolas e as péssimas condições de trabalho nas quais se encontravam algumas pessoas, principalmente as costureiras³⁸.

³⁷ Leonidas Avendaño foi um dos médicos que impulsionou o estudo e a prática da Medicina Legal no Peru. Ver Paz Soldán, *Decanos, maestros y médicos*, 109-120.

³⁸ Algumas outras causas particulares que identificava Avendaño como favorecedoras do contágio tuberculoso a debilidade congênita ou adquirida, a alimentação insuficiente, os excessos de fadiga, a vida sedentária, as impressões morais depressivas, as paixões tristes, a permanência em lugares onde se encontravam outros tuberculosos e as habitações mal ventiladas. Ver Avendaño, “Apuntes sobre profilaxis de la tuberculosis”, 139-140.

No entanto, o que mais preocupava este médico eram as péssimas condições higiênicas nas quais se encontravam os hospitais de Lima. Segundo Avendaño, a má ventilação das salas, a inadequada desinfecção, a deficiente alimentação e principalmente a aglomeração dos enfermos, sem considerar as doenças que os atingiam, eram razões suficientes para que o bacilo tuberculoso fizesse numerosas vítimas na população hospitalar. Portanto, era uma exigência a promoção de duas medidas profiláticas nos nosocômios da capital: o confinamento dos tuberculosos e a destruição dos bacilos. Desta maneira a Climatoterapia começava a ceder o passo aos princípios rigorosos da higiene, os quais se concentravam na destruição do bacilo tuberculoso, especialmente dos escarros³⁹.

Um dos cientistas mais citado por Avendaño foi Germain Sée. Este médico francês sustentava que para diagnosticar a existência da tuberculose no organismo era necessário estabelecer a presença ou ausência do bacilo tuberculoso nos escarros. A afirmação ou negação deste fato, mesmo na ausência de todo signo positivo de tuberculose, determinaria a presença desta doença⁴⁰.

Ao reconhecer um poder infeccioso ao bacilo de Koch, o tuberculoso passou a ser considerado como um elemento perigoso. A partir deste momento, no discurso médico peruano não se falará somente sobre a elaboração de um projeto de estação sanitária ou sanatório, mas também no estabelecimento de uma sala exclusiva para tuberculosos em cada hospital, isolada do resto de pacientes e com um pessoal médico treinado especialmente para oferecer atendimento aos tuberculosos.

2.2 O sanatório de Tamboraque: a polêmica entre Almenara e La Puente (1895).

A idéia do contágio tuberculoso foi se consolidando pouco a pouco no discurso médico peruano. Os casos clínicos registrados se multiplicaram colocando em evidência o caráter infeccioso do bacilo tuberculoso⁴¹. Assim mesmo, a tuberculose começou a ser

³⁹ Avendaño, “Apuntes sobre profilaxis de la tuberculosis”, 139-140.

⁴⁰ Nesta época a tuberculose era, com freqüência, impossível de diagnosticar-se ao início de sua evolução. Podia então ser latente, não se revelar por signo algum, ou bem, larvada, isto é, tomar a forma de outra afecção pulmonar aguda: bronquite, laringite, pneumonia, etc. Ou bem, num período avançado, ser impossível de diferenciá-la de outras afecções do pulmão: pseudo tisis, pneumonia crônica, sífilis pulmonar, asma, etc. A identificação dos bacilos nos escarros passou a ser um signo categórico da presença da tuberculose no organismo.

⁴¹ Um dos casos mais interessantes é o mencionado pelo médico José A. de los Ríos. Este médico comunica o caso de um jovem que vivia num dormitório, o qual anteriormente tinha sido habitado por um tuberculoso, o mesmo que morreu no mencionado lugar. Ríos afirmava que nos muros daquela habitação tinham ficado

estudada sob esta perspectiva na Cátedra de Bacteriologia da Faculdade de Medicina de San Marcos, que estava sob a direção de David Matto, recém chegado da França onde tinha realizado seus estudos de doutorado em medicina⁴².

Diante dos avanços científicos relacionados ao contágio da tuberculose, seja por inalação, ingestão ou inoculação⁴³, o suposto papel da herança no desenvolvimento da tuberculose começou a ser questionado. Para os médicos, a herança influía única e exclusivamente quando o organismo apresentava uma debilidade congênita; existiam indivíduos com uma maior aptidão para tornarem-se tuberculosos, desde que seu organismo se encontrasse em condições favoráveis para a penetração e reprodução do bacilo de Koch. Tudo isto ficou conhecido sob o termo de oportunidade mórbida⁴⁴.

Para a maioria dos médicos era impossível que a tuberculose pudesse ser herdada, pois que para seu desenvolvimento no organismo humano era indispensável a presença do bacilo de Koch, e o mesmo provia do exterior. Em todo caso a única herança possível radicava na predisposição morbosa adquirida por ter pais tuberculosos. Em palavras do médico Teodosio Alvarado “*nadie nace tuberculoso, sino frecuentemente tuberculizable*”⁴⁵.

depositados os bacilos de Koch, os quais, absorvidos pelo paciente referido, ocasionaram sua morte, que teve lugar dois meses depois, apesar da notável melhoria que tinha conseguido com um mês de permanência em Chosica. Outro caso mencionado pelo mesmo médico foi o de uma jovem que morreu de tuberculose por causa de dormir na mesma cama durante algumas semanas junto a um bebê tuberculoso. Ver Ríos, “Contagiosidad de la tuberculosis por medio del aire respirado”, 137-138.

⁴² Matto, “Tuberculosis: lección dada en la Cátedra de Bacteriología”, 322-326.

⁴³ Um dos poucos exemplos encontrados na literatura médica peruana sobre um caso de contágio por inoculação está descrito por Teodosio Alvarado em sua tese de medicina. O mencionado médico, sendo estudante de segundo ano, no curso de Anatomia Descritiva realizado no mortuário do Hospital Militar de San Bartolomé, efetuou a dissecação de um cadáver suspeito de tuberculose, operação na que um estilhaço o feriu ligeiramente num dos dedos da mão direita ocasionando-lhe a aparição de um tubérculo anatômico. A lesão nunca se generalizou e é a partir deste fato que o autor sustenta a seguinte hipótese: *La Clínica demuestra que las tuberculosis del tegumento externo (su caso) se generalizan rara vez, sin embargo, lo contrario sucede en las tuberculosis viscerales (pulmonar por ejemplo), la diferencia radica en el papel que juegan las células emigrantes que arrastradas por la corriente linfática, se trasladan a diversos puntos del organismo, favoreciendo esto el traslado de los bacilos, pues estos no pueden penetrar por sí solos en los linfáticos, ya que son inmóviles*. Ver Alvarado, “Etiología y profilaxis de la tuberculosis en Lima”, 168-169.

⁴⁴ O médico Leonidas Avendaño, apresenta-nos um caso clínico no que sustenta que a predisposição hereditária não tinha maior relevância no desenvolvimento da tuberculose: *La enferma, aunque perteneciente a una familia de tuberculosos y en constante relación con ellos, no sufrió nada mientras sus órganos respiratorios estuvieron sanos; ha adquirido la enfermedad, de un modo violento, una vez que la inflamación crónica de los bronquios, facilitó la entrada de los bacilos; que habían sido impotentes para atacar ese organismo cuando estuvo sano, no obstante la predisposición hereditaria*. Ver Avendaño, “Tuberculosis pulmonar transmitida por contagio”, 170-171.

⁴⁵ Alvarado, “Etiología y profilaxis de la tuberculosis en Lima”, 243.

A compreensão do caráter contagioso da tuberculose, exposta inicialmente por médicos como Avendaño e Alvarado, começou a se generalizar em posteriores pesquisas médicas. No entanto não gozou de consenso; em alguns casos se tratou tão só de uma aceitação parcial.

Conquanto não se pudesse mais negar o grande poder das causas morbosas ou predisponentes para o desenvolvimento da tuberculose, alguns médicos não acreditavam que fossem suficientes, por si sós, para ocasionar a tuberculose no organismo. Alguns médicos as qualificavam como impotentes naqueles indivíduos estabelecidos em climas os quais a observação empírica os tinha identificado como contrários ao desenvolvimento dos tubérculos.

A idéia dos climas, em especial a ação de altitude, não tinha perdido vigência. Não se tratava de postulados que negassem os princípios contagionistas; aceitavam-nos ainda que com certas reservas.

Precisamente este foi o critério adotado pela Comissão Médica, organizada pelo Estado peruano, por Decreto Supremo de 05 de maio 1895, mediante o qual dita Comissão era encarregada de procurar na região de Matucana um lugar ideal para construir um sanatório. Este fato teve uma importância capital, pois se tratou da primeira tentativa formal por implantar no Peru um estabelecimento sanitário especializado para o tratamento dos tuberculosos.

A Comissão dirigida pelo médico Francisco Almenara Butler e secundada pelo médico titular da província de Huarochiri doutor Remigio Errequeta, realizou uma expedição que partiu da cidade de Lima em 14 de maio de 1895 e percorreu em transporte ferroviário toda a região de Matucana, chegando à conclusão de que o lugar conhecido sob o nome de Moyoc ou Tamboraque era o ideal para a construção do sanatório.

No relatório que Almenara apresentou ao Ministério de Fomento e Obras Públicas eram detalhadas as razões de sua eleição. Para ele as estações climatológicas específicas para a cura dos tuberculosos existiam a partir dos 1,500 metros de altitude sobre o nível do mar. Segundo Almenara, os efeitos da climatoterapia começavam a ser experimentados a partir desta altura devido à presença de elementos como terreno absorvente, céu desprovido de nuvens, luz solar, temperatura temperada, umidade moderada, abundância de água de manancial, entre outros.

Critérios provenientes da Climatoterapia dominaram o juízo dos dirigidos por Almenara. Para eles o lugar onde se construiria o sanatório deveria ser um lugar campestre cuja atmosfera, isenta de bacilos e de toda classe de pó orgânico ou inorgânico irritante dos pulmões, funcionasse como uma verdadeira polícia sanitária daqueles; lugar que por estar mais próximo do sol teria diminuída a ação deste por efeito da brisa fresca do lugar gerada pela evaporação do solo e dos terrenos vizinhos cobertos por vegetação. Um lugar cuja baixa temperatura, sobretudo nas noites, seria minorada pelo abrigo que lhe oferecia a Cordilheira dos Andes, a qual impediria o acesso de fortes correntes de ar. Para a Comissão, nenhuma destas condições podia ser encontrada em Jauja, mas sim em Tamboraque⁴⁶.

No entanto, dois aspectos do relatório chamam muito nossa atenção. Em primeiro lugar, Almenara mencionou que o lugar selecionado ofereceria aos tuberculosos o grau de excitação vital suficiente para estimular neles todas as funções do organismo. Ao sustentar esta afirmação a Comissão estava aludindo diretamente à presença do oxigênio na atmosfera, isto é, estava sendo partícipe da tese referida à dieta respiratória, idéia intimamente vinculada com a Climatoterapia. Em segundo lugar, em nenhum dos parágrafos do relatório existiu menção alguma a respeito do contágio ou sobre o poder infeccioso do bacilo tuberculoso. Assim mesmo, não houve referência a métodos de desinfecção a serem aplicados nos refugos do sanatório.

Em torno destes dois pontos, Almenara recebeu duras críticas por parte do médico Ignacio La Puente dando-se início a uma interessante polêmica desenvolvida nas páginas de *La Crónica Médica* e cujo conteúdo marcou o segundo período da história da luta antituberculosa no Peru.

Sobre a teoria da dieta respiratória e a ação do clima no organismo La Puente se manifestou contrário baseando-se nos princípios formulados pelo cientista Linsay. Segundo estes o clima não exercia ação direta contra a tuberculose senão tão só modificando os hábitos e o regime de vida, em nenhum caso a doença propriamente. Sua

⁴⁶ Almenara, “Hospital para tuberculosos”, 189-192. Atualmente, Tamboraque é um casario localizado nos arredores do distrito de San Mateo de Huanchor pertencente à província de Huarochiri, na serra do departamento de Lima. Está localizado na bacia alta do rio Rímac, no quilômetro 94 da estrada central, a uma altura de 3,150 msnm. Limita pelo norte com o distrito de Chicla, pelo nordeste com o distrito de Carampoma, pelo este com o departamento de Junin, pelo sul com os distritos de San Damián, Huarochiri, San Juan de Tantaranche e San Lorenzo de Quinti, e pelo oeste com Matucana.

oposição se baseava na contundente afirmação de que nenhum clima era específico da tuberculose, pois conquanto em alguns casos os climas de altura podiam ser benéficos para alguns, não o eram da mesma maneira para todas as formas de tuberculose. Para La Puente, a tuberculose desrespeitava qualquer altura e a prova disso era apreciar como nas cidades do México, Bogotá ou Quito, localizadas a 2,265, 2,630 e 2,834 metros sobre o nível do mar respectivamente, pagavam tributo à tuberculose⁴⁷.

A resposta de Almenara sobre este ponto foi muito geral. Para ele era um fato que a diminuição da tuberculose estava em direta relação com a altitude de uma localidade; no entanto aclarou que não era exclusivamente a ação específica da altitude que determinava a cura dos tuberculosos, senão a combinação dos princípios da climatoterapia.

Com respeito ao segundo ponto, Almenara Butler não duvidava de que a tuberculose tinha como agente um microorganismo, o bacilo de Koch. No entanto, outorgava mínimo poder infeccioso a este pelo simples fato de que se encontrava:

*en las carnes de bovinos y aves con que nos alimentamos, en la leche, el queso, las legumbres, los frutos esparcidos por el suelo, las ropas, muebles y útiles que usamos, en la atmósfera y menaje de las oficinas públicas, templos, estaciones de ferrocarril, en la mano amiga que tocamos, en el tálamo nupcial, en el beso inocente, en nuestras mismas manos, sin ser tuberculosos, sobre nuestro propio cuerpo, en la boca y en las fauces, y por último, y muy particularmente, en el suelo que pisamos”*⁴⁸.

Existindo em tanta abundância o germe tuberculoso, para Almenara era desnecessário que qualquer população recebesse um novo contingente de bacilos para que a totalidade de seus habitantes fosse contaminada por tuberculose.

⁴⁷ Eram seis os princípios formulados por Linsay: O tratamento climatoterápico tem por objeto afastar ao paciente do meio atmosférico que lhe predispõe às inflamações bronco-pulmonares e, portanto a contrair a tuberculose; o tratamento climatoterápico tem por objeto afastar ao enfermo de um clima que lhe obriga a levar uma vida sedentária e enclaustrada por outra ativa, em que respire ar livre, sem os obstáculos provenientes de meras condições meteorológicas; o tratamento climatoterápico se propõe transladar enfermos de um clima sem sol, triste, debilitante, a outro em que tenha sol, tônico estimulante das funções digestivas; o tratamento climatoterápico quer que o paciente passe do seio de populações densas e de um meio viciado, a regiões onde não tenha aglomeração, nem infecção do ar respirável; o tratamento climatoterápico tem por objeto sacar ao enfermo de um solo úmido e de outras más condições higiênicas; o tratamento climatoterápico tem por objeto tentar aos enfermos o benefício de uma mudança de ar, com variação de regime de vida e costumes, todo o qual implica abandono de condições morbosas, agentes secretos da doença. Ver La Puente, “Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar. Lima en peligro”, 249-253.

⁴⁸ Almenara, “Climatoterapia de la tisis pulmonar. Lima en peligro”, 322.

Aquela foi a resposta elaborada por Almenara Butler ante a denúncia de La Puente, em relação ao perigo de contaminação geral da cidade de Lima pelo bacilo de Koch. La Puente sustentara que as excreções dos tuberculosos a serem tratados no sanatório de Tamboraque, ou seja, fezes, urina, sangue e escarros, seriam jogadas no rio Rímac através do esgoto do sanatório e que num período de dez horas aproximadamente, esses refugos atingiriam diretamente a população através das tubulações que levavam a água a cada moradia. Inclusive o gado que bebesse essas águas adoeceria de tuberculose, estando igualmente contaminados todos os produtos obtidos daqueles animais como leite, manteiga, queijo e carne.

La Puente sustentou estas afirmações fazendo referência a vários estudos efetuados na Europa. Destacou as pesquisas de Heller e Roth; o primeiro tinha calculado a presença de um milhão de bacilos por centímetro cúbico de escarros, podendo um só doente liberar, em tão só 24 horas 270 milhões de bacilos tuberculosos; já o segundo se referia à comprovação da presença da tuberculose na manteiga.

La Puente não duvidava de que os sanatórios oferecessem vantagens incontestáveis para os doentes assistidos neles, assim como para a profilaxia geral da tuberculose, no entanto estes estabelecimentos sanitários não podiam converter-se em perigo local. Para este médico o projetado sanatório de Tamboraque constituía uma ameaça para Lima e para todas as pequenas populações intermédias⁴⁹.

Em alguns casos as idéias de ambos médicos eram completamente opostas. Para La Puente, o bacilo da tuberculose era um poderoso agente infeccioso, o qual lutava com as bactérias da putrefação e as vencia diferentemente do que se passava com outros micróbios patogênicos. Por sua vez, Almenara estava convencido de que todas as pessoas levavam naturalmente na boca os germes da pneumonia, do pus, da erisipela, da infecção puerperal ou da tuberculose, não sendo isto motivo para o desenvolvimento de ditas doenças, senão somente em circunstâncias específicas.

O verdadeiro é que o trabalho da Comissão dirigida por Almenara deu uma maior preferência a aspectos clínicos, descuidando assuntos relacionados com a higiene. Em seu relatório não se apresenta nada a respeito, demonstrando em nossa opinião não um

⁴⁹ La Puente, “Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar. Lima en peligro”, 249.

desconhecimento, senão mais bem um manifesto desacordo com pesquisas apresentadas em diversos congressos sobre tuberculose desenvolvidos até aquele momento.

2.3 O tratamento higiênico-dietético: os trabalhos do Rómulo Eyzaguirre (1896-1902).

A polêmica entre Almenara e La Puente evidenciou que o discurso médico relacionado à tuberculose atravessava por um período de trânsito. Resíduos de idéias vinculadas à Climatoterapia, como a dieta respiratória, começaram a ser substituídos por princípios de higiene e profilaxia rigorosos. O enfermo tuberculoso começou a ser identificado como um agente perigoso. A ameaça radicava principalmente nos escarros. La Puente foi um dos primeiros médicos que se manifestou a favor desta idéia ao denunciar, ainda que com um pouco de exagero, a contaminação das águas do Rímac e da população limenha em general.

A confiança no poder exclusivo dos agentes climáticos passou a ter uma posição subordinada. Uma mostra disso foram os numerosos artigos publicados na imprensa médica pelo doutor Rómulo Eyzaguirre⁵⁰.

Eyzaguirre tinha tido a oportunidade de viajar a Europa e conhecer de perto a realidade de vários sanatórios, principalmente em Alemanha, ficando admirado em particular pelos altos índices de cura atingidos no sanatório de Falkestein, o qual considerava como um modelo no tratamento sanatorial⁵¹. Depois desta visita, Eyzaguirre ficou convencido de que a tuberculose era curável em qualquer de seus três períodos; seja nos indivíduos cujos pulmões teriam sido recém invadidos, seja naqueles que já tinham cavernas.

No entanto, a cura já não residia na ação exclusiva do clima ou a altitude, senão no tratamento higiênico-dietético. Este constava de cinco aspectos: pureza de ar, alimentação

⁵⁰ Rómulo Eyzaguirre foi um dos fundadores da *Direção de Salubridade Pública* em 1903, organismo antecessor do atual *Ministério de Saúde* no Peru. Assim mesmo, a figura de Eyzaguirre se destaca por seus numerosos trabalhos a respeito das causas da alta taxa de mortalidade infantil; estes trabalhos fizeram parte do desenvolvimento da pediatria no Peru. Uma de suas principais obras foi *Enfermedades evitables* (1906).

⁵¹ O sanatório de Falkestein, fundado e dirigido pelo médico Peter Dettweiler, possuía magníficas instalações destinadas às diversas necessidades do tratamento antituberculoso. Não só galerias ou balcões para favorecer a ação do ar puro senão ademais salões de música, sala de bilhar, biblioteca, parques de vegetação vigorosa, jardins, calefação apropriada, fábrica de cristalaria e numerosos estábulos. Ver Eyzaguirre, “La tuberculosis pulmonar en Lima. Tratamiento higiénico sanatoria”, 369-374.

apropriada, vida ao ar livre, educação higiênica e tratamento moral⁵². O clima e a altitude passavam a ser simples auxiliares, importantes, mas não necessários. A viagem pela Europa tinha convencido Eyzaguirre deste princípio. Existiam sanatórios em climas tão rudes ou de pouca altitude, como era o caso particular do sanatório de Falkestein, com resultados tão esplêndidos na cura da tuberculose, que para Eyzaguirre isto constituía a prova suficiente para identificar o tratamento higiênico-dietético como o único possível no combate à tuberculose⁵³.

Eyzaguirre explicava que a ausência de tuberculose ou sua raridade na Cordilheira dos Andes dependia da débil densidade da população, do gênero de vida dos andinos e da pureza do ar que estes respiravam. A altitude não possuía nenhuma ação terapêutica. Para Eyzaguirre a altitude só era preferível porque naqueles lugares tinha uma maior probabilidade de achar pureza de ar, ausência de micróbios e escassez de aglomerações humanas.

Para sustentar este argumento se valeu de uma série de pesquisas científicas elaboradas em Europa. Por exemplo, citava Daramberg que sustentava que não tinha clima específico nem curativo da tuberculose; German Sée que chamava de divisões bizantinas às inúmeras divisões feitas dos climas, e Peter que afirmava era um erro procurar um ar que curasse os tubérculos ou uma temperatura que tivesse esse poder, já que as montanhas, por mais altas que fossem não tinham maiores virtudes curativas, senão somente elementos coadjuvantes do tratamento higiênico-dietético, assegurando que com uma higiene rigorosa e disciplinada levada até o extremo poderiam ser obtidos verdadeiros triunfos. Eyzaguirre se afiliava a esta idéia e compreendia o clima e a altitude como fatores auxiliares e de segunda ordem⁵⁴.

Com nestas pesquisas científicas Eyzaguirre criticou o relatório de uma nova Comissão que tinha sido organizada pelo Estado peruano. Com interesse em estabelecer um sanatório, o Governo peruano constituiu uma Comissão, composta pelos doutores Belisario Sosa (Sub-Decano da Faculdade de Medicina), Martín Dulanto (professor de Higiene da Faculdade de Medicina), David Matto (professor de Bacteriología), Juan E.

⁵² Como elementos do tratamento moral se incluíam a biblioteca, música, salões de conversa e diversos jogos como bilhar ou tiro ao alvo.

⁵³ Eyzaguirre, “Jauja y Tamboraque”, 3.

⁵⁴ Eyzaguirre, “Sanatorium”, 37-38.

Corpancho (Inspetor de Higiene do Conselho Estadual de Lima), Ernesto Odriozola, Tomás Salazar e Eduardo Bello (delegados dos hospitais Dos de Mayo, San Bartolomé e Santa Ana respectivamente). Esta equipe de trabalho realizou sua primeira reunião em 04 de janeiro de 1900 nas instalações do Ministério de Fomento⁵⁵.

Num primeiro relatório a Comissão sustentou que os trabalhos executados nos sanatórios eram simples ensaios destinados à cura da tuberculose. Todos os sanatórios que existiam em Europa estavam à beira do mar e não em regiões de altitude, devido ao fato de que neste continente não existia o clima da serra peruana. A partir desta argumentação a Comissão chegou à conclusão de que o ar de mar era o elemento indispensável para a cura da tuberculose⁵⁶.

Em primeiro lugar, o relatório da Comissão possibilitou que Eyzaguirre confirmasse o sucesso dos sanatórios europeus, mesmo sem possuir os climas da serra peruana, o que era prova suficiente para demonstrar que o elemento da altitude não era indispensável para curar a tuberculose. Em segundo lugar, a Comissão tinha elogiado a atmosfera marítima como específica para o tratamento da tuberculose. No entanto, para Eyzaguirre nada tinha de específico nesta condição apontada. Alemanha, país que Eyzaguirre visitou, tinha muito pouca orla de mar, no entanto tinha sido o primeiro país a ter implantado sanatórios.

Se em outros países como Inglaterra ou Bélgica existiam sanatórios à beira do mar, isto se devia à pureza de ar. A maioria dos sanatórios europeus se localizava numa região montanhosa, não por razões de altitude senão porque na montanha o ar era mais puro que em outros lugares. Para Eyzaguirre, voltar a resgatar o elemento ambiental, só podia entender-se como um resquício proveniente de teorias que tinham dominado por um período as ciências médicas, mas que na atualidade tinham descido para o nível de simples auxiliares, aceitáveis certamente, mas de nenhum modo exigíveis. A Climatoterapia e a Talasoterapia eram bons ajudantes, mas só isso⁵⁷.

Naquela primeira sessão da Comissão, o doutor Belisario Sosa sugeriu que fossem abordados urgentemente os temas relacionados à higiene infantil, o ditado de medidas de higiene pública, a criação de vários sanatórios e a realização de estudos sobre soroterapia antituberculosa. No entanto este nobre, ainda que ambicioso projeto, nunca se realizou. Ao

⁵⁵ “Contra la tuberculosis”, 33-35.

⁵⁶ “Contra la tuberculosis”, 35.

⁵⁷ “Contra la tuberculosis”, 35.

final não houve acordo entre os membros desta equipe de trabalho no momento de se conferir prioridade a um determinado assunto, e esta Comissão simplesmente se dissolveu.

Agora bem, Eyzaguirre estava convencido de que os princípios de higiene por si sós não seriam suficientes para atingir o sucesso. O médico devia gozar de absoluta autoridade sobre o doente. O tuberculoso precisava ser vigiado como se fosse um menino já que seu estado o obrigava a violar os princípios básicos de higiene, em particular o de cuspir no chão. No debate entre Almenara e La Puente o tema dos escarros esteve presente. No entanto, foi nos trabalhos de Rómulo Eyzaguirre que o papel destes no contágio da tuberculose atingiu a importância que devia. Uma frase neste sentido é evidente:

*Si los tísicos se creen con derecho de arrojar sus esputos por todas partes, los demás tenemos otro derecho correlativo, el de vigilarlos e impedir que se nos regale el funesto bacilo*⁵⁸.

Eyzaguirre, pois, introduziu no discurso médico peruano um novo elemento: a vigilância constante dos tuberculosos.

O sanatório contínuo sendo o estabelecimento sanitário considerado como o único e mais idôneo para exercer efetivamente tanto a vigilância dos tuberculosos quanto os princípios do tratamento higiênico-dietético. No entanto, até o momento não se tinha instalado um nosocômio deste tipo no Peru. Para Eyzaguirre isto constituía uma demora absurda, sobretudo depois das contribuições que neste sentido Almenara e La Puente tinham oferecido em sua polêmica⁵⁹. Por outro lado, qualificava de imprópria a possibilidade de optar por outra alternativa, que não fosse o sanatório. Para este médico a hospitalização dos tuberculosos era um ato prejudicial, sobretudo nos hospitais de Lima que apresentavam as piores condições para efetuar esta função.

Precisamente, Eyzaguirre fazia referência às péssimas condições higiênicas de dois hospitais em Lima. Em primeiro lugar no Hospital de Santa Ana:

hay un desaseo grande y ningún cuidado con los esputos y deyecciones de los tuberculosos. Los enfermos arrojan sus esputos en pequeñas vasijas de hoja de lata, sucias y secas, y digo sucias, porque no creo que sea limpieza el vaciar el contenido y contentarse con lavarlas con agua común; los esputos se pegan a

⁵⁸ Eyzaguirre, “Hospitalización de los tuberculosos”, 340.

⁵⁹ Eyzaguirre, “Hospitalización de los tuberculosos”, 343.

*los bordes de la vasija, los enfermos se ensucian los dedos y luego se enjugan los labios con la sábana que los cubre. Vaciar las escupideras o deyecciones en un reservado, lavar luego con agua de cañería los receptáculos, he allí el total de medidas precautorias, sin contar con lo que muchas veces cae al suelo, sobretudo cuando los enfermos faltos de fuerza a penas pueden inclinarse sobre su cama, esputos que desecados son pulverizados por el continuo pasaje de médicos, practicantes, hermanas, empleados, visitantes, etc.*⁶⁰

Este perigo era maior porque muitas das jovens que se ocupavam da lavagem destes recipientes terminavam tuberculosas. A isto se acrescentava o excessivo trabalho ao qual eram submetidas sem terem uma boa alimentação para enfrentar as longas noites de vigília. O contrário observava Eyzaguirre entre as religiosas encarregadas da administração do hospital; nenhum caso de tuberculose era registrado entre elas. A explicação para este fenômeno era encontrada no fato de que as religiosas não estavam submetidas a pesados ônus de trabalho, ademais porque estavam bem alimentadas o que lhes permitia possuir organismos mais fortes que pudessem defender-se do ataque tuberculoso⁶¹.

No Hospital Militar San Bartolomé a situação era pior. Eyzaguirre nos diz que:

... allí se ha tenido la peregrina ocurrencia de distribuir por salas y corredores pequeñas vasijas de madera con aserrín para que allí escupan los enfermos que se pasean por el hospital. Y bien: ¿que se hace con aquel aserrín? ¿Lo someten al fuego? Teniendo en cuenta la resistencia del bacilo, la convicción de que en estos depósitos se encuentran millones de ellos, ¿porque no se incinera el aserrín? ¿No es la desecación del esputo el estado más peligroso y más apropiado para la diseminación del bacilo? Por el contrario, es arrojado a la basura que antes de media noche será colocada en la calle y en no corta cantidad será esparcida por el aire; luego el barrido nocturno de las calles del cual se ocupan los chinos, con sus grandes escobas, van

⁶⁰ Eyzaguirre, “Hospitalización de los tuberculosos”, 347.

⁶¹ Eyzaguirre, “Hospitalización de los tuberculosos”, 348.

levantando enormes nubes de polvo que hace difícil y aun imposible la respiración del que se ve obligado a atravesar esa zona”.⁶²

Ao longo de numerosos artigos Eyzaguirre sempre se manifestou a favor da proposta da Comissão Almenara quanto à seleção de Tamboraque como o lugar onde teria de construir-se o sanatório. Para ele, Tamboraque e não Jauja apresentava em conjunto um maior número de condições que serviriam como auxiliares do tratamento higiênico-dietético⁶³. Por outro lado, os hospitais na cidade de Lima não ofereciam as condições mínimas para albergar os tuberculosos em espaços específicos, e assim era inadequada a idéia de hospitalizá-los.

Em conclusão, os trabalhos de Eyzaguirre permitiram assentar as idéias do contágio referido à tuberculose. Conquanto em nenhum momento seus estudos tenham contribuído para a construção de um sanatório, este voltou a ocupar o interesse do estado peruano, em 1902, através da *Sociedade de Beneficência Pública de Lima*.

2.4 O isolamento dos tuberculosos: A Comissão da Faculdade de Medicina e as teses sobre tuberculose e raça (1902-1907).

A polêmica entre Almenara e La Puente constituiu um período de passagem entre a Climatoterapia e a teoria do contágio. Depois deste debate as investigações que se sucederam sobre tuberculose começaram a conferir um papel central aos princípios da higiene, subordinando o papel dos agentes climáticos a estes princípios. Posteriormente, os estudos de Rómulo Eyzaguirre contribuiriam bastante neste sentido. No entanto, o objetivo último da polêmica, promover a implantação de um sanatório para tuberculosos, seja em Tamboraque ou em Jauja, foi totalmente abandonado.

Tiveram que passar vários anos para que este projeto fosse novamente retomado, e esta vez pela *Sociedade de Beneficência Pública de Lima*. Esta instituição tinha conseguido reunir os fundos suficientes para iniciar a construção de um sanatório no Peru, só que antes de dar início às obras solicitou à *Faculdade de Medicina de San Marcos* que lhe assessorasse na escolha do lugar no qual se deveria erguer o futuro sanatório. Quais

⁶² Eyzaguirre, “La tuberculosis pulmonar en Lima. Tratamiento higiénico sanatoria”, 358-359.

⁶³ Entre os elementos auxiliares mencionava: defesa dos ventos, ar puro, solo seco e absorvente, escassas chuvas, atmosfera seca, temperatura moderada, ventos suaves, nebulosidade pobre, grande intensidade luminosa, vertentes de água potável, vegetação sustentada, possível formação de parques, viagem cômoda e rápida. Ver Eyzaguirre, “Jauja y Tamboraque”, 82-83.

foram as idéias e práticas médicas levadas em consideração por esta Comissão? Este é o propósito nesta seção.

Em 15 de maio de 1902, Pedro Gallagher, Diretor da *Sociedade de Beneficência de Lima*, dirigiu uma carta à *Faculdade de Medicina*, na qual manifestava o interesse da instituição que ele coordenava em estabelecer um sanatório para tuberculosos. Desejando proceder com o melhor acerto possível no que se referia a sua localização e condições técnicas, solicitava o concurso da mencionada instituição.

A Comissão que organizou a *Faculdade de Medicina* foi integrada pelos doutores Ernesto Odriozola, M. Dulanto, Leonidas Avendaño e Juan B. Agnoli; estes realizaram uma viagem de inspeção em transporte ferroviário desde Lima até La Oroya, entre os dias 14, 15 e 16 de outubro de 1902. Finalizada esta viagem, emitiram seu relatório em 29 de novembro do mesmo ano.

Neste relatório a Comissão manifestava não ter dúvida alguma de que o isolamento dos tuberculosos era uma medida de necessidade urgente. Já não tinha dúvida de que o desenvolvimento da tuberculose era impossível sem a participação do bacilo de Koch; mesmo que o único foco de produção de dito bacilo fosse o homem ou o animal doente de tuberculose. Em conclusão, a tuberculose era uma doença essencialmente contagiosa, onde nenhuma predisposição, nem hereditária nem adquirida, poderia jamais produzir tuberculose senão por meio da introdução do bacilo específico no organismo.

Portanto, a primeira medida de profilaxia antituberculosa que a Comissão recomendava era o afastamento dos doentes do meio coletivo. Impunha-se desta maneira o isolamento do maior número possível de tuberculosos com o fim de promover seu tratamento da maneira mais racional possível.

A Comissão considerava que mesmo com a construção de um sanatório fora de Lima, á beira do mar ou em alguma região de altitude, era necessária a preparação de salas especiais nos hospitais como estava ocorrendo em outros países europeus⁶⁴.

⁶⁴ Uma das primeiras propostas para isolar aos tuberculosos em salas ou hospitais especiais proviu do Relatório Geral da Comissão da Tuberculose nomeada pelo Diretor da Assistência Pública de Paris em 1897. Esta Comissão foi composta por importantes professores da Faculdade de Medicina e por médicos especialistas; e seu relatório foi redigido pelos professores Grancher e Thoinot. A Comissão estabeleceu rigorosas medidas que deviam cumprir-se nas salas especiais para tuberculosos. Calefação e ventilação, não presença de esgarros no chão, uso de escarradeiras, limpeza rigorosa e desinfecção frequente de todos os objetos de uso dos doentes como colheres, copos, pratos, guardanapos, lavando-se ao água fervendo por cinco minutos. A roupa do enfermo, de cama, etc. deviam submeter-se à estufa de desinfecção. Nas salas

O isolamento dos tuberculosos era uma medida necessária na cidade de Lima, não só para os próprios afetados por tuberculose instalados nos hospitais da capital, senão também para o restante dos pacientes, que por estarem afetados por outras variadas doenças apresentavam condições propícias para contrair a tuberculose, pois compartilhavam a mesma sala sem nenhum tipo de distinção⁶⁵.

Assim mesmo, não era possível oferecer alojamento indistintamente a todos os tuberculosos num mesmo espaço. Por uma parte o grau da doença obrigava a separá-los, já que não era adequado reunir os que estavam no último período junto àqueles nos quais recém se iniciava a tuberculose. Para a Comissão, num sanatório não podiam ser recebidos todos os tuberculosos pobres de Lima, pois isso exigiria a existência de muitos sanatórios, obras que absorveriam por completo os escassos recursos com os quais contava a Beneficência.

Frente a esta situação, a Comissão recomendava organizar a assistência dos tuberculosos distribuindo-os em três grupos, correspondendo a cada grupo uma instalação especial, estes eram: um hospital exclusivamente reservado àqueles que se encontravam em períodos avançados (incluindo aos incuráveis), um dispensário antituberculoso destinado à assistência dos doentes que podiam permanecer em seu domicílio e um sanatório para tuberculosos pobres, construído a grande distância da cidade de Lima e numa localidade apropriada, estabelecimento ao qual seriam enviados os tuberculosos recém contagiados e que melhor pudessem beneficiar-se do rigoroso tratamento higiênico-dietético.

deviam existir lavatórios com sabões desinfetantes ou água bórica com o fim de que os doentes constantemente façam antissepsia de suas mãos. O mobiliário das salas devia sofrer modificações que permitam nas camas, mesas de noite e colchões a fácil e contínua desinfecção. Assim mesmo, o pessoal hospitalar devia ser selecionado, receber um bom salário e ser alimentado convenientemente.

⁶⁵ Para o médico Edmundo Escomel constituía um crime científico a promiscuidade de doentes tuberculosos e não tuberculosos numa mesma sala. O problema o encontrava em três aspectos. Em primeiro lugar, a administração dos hospitais, em Lima, possuía uma deficiência de recursos pecuniários para executar mudanças significativas no desenho hospitalar. Em segundo lugar, o médico que tinha lutado tenazmente por obter um serviço policlínico de hospital, no que dia a dia aumentaria o volume de seus conhecimentos e experiência, veria abatido seu campo de ação, transformando-o e reduzindo-o a uma só entidade patológica. Em terceiro lugar, a imperícia que caracterizava aos enfermeiros nos hospitais que pelo geral eram eleitos entre os mesmos doentes que se achavam num estado de convalescença. Ver Escomel, "Hospitalización de los tuberculosos", 158-159.

Edmundo foi um patologista arequipenho que se destacou no estudo das doenças tropicais no Peru. Por exemplo, em 1917 reportou a presença da chirimacha, inseto hematófago da mesma família do barbeiro (estudado em Brasil por Carlos Chagas) nos vales do departamento de Arequipa. Igualmente, destacou-se por suas pesquisas em torno da verruga e a leishmaniose. Para maior informação sobre Escomel ver Náquira, "Edmundo Escomel".

Aqui é onde aparece um novo elemento na luta antituberculosa. A Comissão considerava que existiam dois modos de hospitalização dos tuberculosos, ambos de diferente importância clínica, mas de igual relevância profilática. O primeiro estava relacionado com a admissão nos hospitais especiais ou sanatórios daqueles doentes com índice alto de curabilidade. O segundo supunha a internação em hospitais especiais ou em salas especiais dos hospitais comuns, daqueles doentes nos quais as probabilidades de cura fossem mais remotas ou absolutamente nulas, e que pela mesma razão constituíam um perigo para o resto dos pacientes internados num nosocômio.

O projeto de salas especiais apresentado pela Comissão derivou da proposta oferecida pelo médico Eduardo Laverería, que foi o primeiro médico no Peru a desenhar um estabelecimento desta natureza, defendendo-o como o mais adequado para Lima⁶⁶.

Laverería estava convencido de que o tísico tinha que ser assistido, tinha que ser higienizado, não só como ato de amor ao próximo senão principalmente como medida de defesa social. Tratava-se de uma questão não somente de interesse científico, senão uma questão de interesse social, na qual estava envolvida a saúde e a vida dos indivíduos, a riqueza, o vigor, a força dos povos e o porvir da raça⁶⁷.

O projeto proposto por Laverería não tinha em mente estabelecer um sanatório no sentido estrito da palavra; tratava-se essencialmente de construir, no terreno situado às costas do *Hospital Dos de Mayo*, um pavilhão cuja função fosse a de assistir nas melhores condições e com o menor custo possível aos tuberculosos internados no mencionado nosocômio.

Segundo Laverería, a idéia deste pavilhão de isolamento estava entre os hospitais comuns e os sanatórios, isto é, teria dos primeiros, a proximidade à população e dos segundos, a ampla ventilação, abundante luz solar, facilidade do repouso ao ar livre em galerias defendidas de chuvas e ventos e os parques para o exercício gradual⁶⁸. O único inconveniente que identificava era a presença de lixeiras localizadas na parte traseira do hospital, o que considerava indispensável desaparecer, sobretudo em decorrência das emanções nocivas que produzia, sendo esta uma condição fatal para um hospital de

⁶⁶ O projeto de pavilhões para tuberculose desenhado por Laverería tinha sido encomendado pelo inspetor do Hospital Dos de Mayo, o doutor Manuel C. Bairos e apresentado como proposta para a luta antituberculosa à Sociedade de Beneficência de Lima em 16 de julho de 1902.

⁶⁷ Bairos, "Proyecto de un departamento para tuberculosos", 325-326.

⁶⁸ Bairos, "Proyecto de un departamento para tuberculosos", 326.

tuberculosos. Portanto, fazia parte integrante do projeto o saneamento do lixo que rodeava o hospital.

A Comissão da *Faculdade de Medicina* prestou atenção ao projeto de Laverería; no entanto ao final considerou que este projeto não poderia atender de modo adequado às exigências da higiene e preservação dos doentes. A Comissão se inclinava mais pelo projeto de um sanatório, já que os hospitais dedicados à assistência dos tuberculosos, ainda que instalados no recinto da cidade, deveriam estar completamente afastados dos nosocômios comuns, e funcionar com pessoal, material e serviços anexos exclusivamente próprios. Só assim seria possível efetuar o isolamento tão necessário para diminuir o contágio. Para a Comissão o projeto de Laverería deixava muito a desejar por tratar-se de uma instalação radicada na mesma vizinhança do *Hospital Dos de Mayo* e estar em constante comunicação com o resto de espaços ao interior do nosocômio⁶⁹.

O relatório da Comissão, ao avaliar o projeto de Laverería, chegou a colocar na agenda inovadores critérios relacionados ao isolamento dos tuberculosos, os quais anteriormente não tinham sido mencionados na literatura médica peruana. No entanto, adicionou outros três que chegariam a constituir um complemento das medidas de hospitalização; estes eram: a denúncia obrigatória dos casos de tuberculose, a criação do seguro contra a tuberculose e o estabelecimento de dispensários antituberculosos gratuitos.

Sobre o primeiro ponto a Comissão recomendava à Municipalidade de Lima e ao Governo em geral a necessidade de uma lei que estabelecesse a denúncia dos casos de tuberculose bem como dos possíveis focos de infecção, principalmente localizados em becos e casas de vizinhança. Esta lei era considerada uma medida primordial de higiene pública, já que sem ela seria impossível realizar qualquer ação profilática.

No que se relacionava ao seguro contra a tuberculose a Comissão levou em consideração o caso alemão. Na Alemanha tinha sido aplicado de um modo geral o conceito do seguro mútuo contra a doença, o qual por meio de uma quota mensal o obreiro, o empregado ou todo aquele indivíduo que vivia de um salário, podia assegurar-se contra a eventualidade do desenvolvimento da tuberculose em seu corpo. O direito adquirido pelo indivíduo podia ser ou a assistência gratuita num sanatório até recuperar sua saúde e capacidade trabalhista; ou o envio de uma quantidade de dinheiro a sua

⁶⁹ Dulanto, Odriozola y Avendaño, “Sanatorio de Tamboraque”, 13.

família, equivalente ao salário que recebia em seu trabalho quando ainda estava com completa saúde.

Com respeito à lei que estabelecia a declaração obrigatória da tuberculose, esta nunca chegou a ser estabelecida realmente na legislação peruana. Quanto ao seguro contra a tuberculose, a própria Comissão concluiu que o Peru não estava em condições econômicas para empreender esta obra, tendo em vista o custoso de sua realização.

O mais importante girou em torno da criação de dispensários antituberculosos. A Comissão não desconhecia o fato de que um grande número de tuberculosos suspeitasse sequer a realidade de seu estado. Podia passar às vezes meses ou inclusive anos até que a pessoa recebesse um diagnóstico preciso, deixando decorrer o período mais favorável para um tratamento eficaz. O mais preocupante para a Comissão consistia no fato de que por meses ou quiçá anos, esta pessoa era inconsciente de sua condição, mas ativa propagadora do bacilo tuberculoso.

Este constitui um segundo elemento que introduziu no discurso médico peruano a Comissão da *Faculdade de Medicina*. Para a Comissão uma das armas mais poderosas no combate à tuberculose eram os dispensários antituberculosos. Instituições populares, estabelecidas nas grandes cidades, estavam à disposição das classes menos favorecidas. Neles se cumpria um dobro objetivo: surpreender o princípio do desenvolvimento do mal, a fim de atender ao tuberculoso desde que se iniciavam as primeiras manifestações de sua doença e, praticar a profilaxia antituberculosa mediante a educação higiênica tanto no dispensário como no lar, o ateliê, a fábrica e outras coletividades⁷⁰.

Para a Comissão o dispensário antituberculoso devia ser administrado por um pessoal preparado especialmente para este objetivo e equipado com os meios completos de tratamento e de diagnóstico, principalmente em relação ao exame bacteriológico dos escarros⁷¹. Este pessoal deveria estar autorizado para executar visitas domiciliárias, especialmente nos becos, casas de vizinhança, ateliês e outros lugares onde muitos indivíduos viviam ou trabalhavam em condições de aglomeração; isto com o propósito de

⁷⁰ Dulanto y Agnoli, “Profilaxia de la tuberculosis”, 14.

⁷¹ A luta contra os escarros só seria efetiva mediante o uso de uma propaganda constante, tanto oral como escrita, que com o tempo se encarregaria de diminuir de maneira considerável o número de pessoas que não sentiam a menor repugnância para exercer este ato pouco culto. Assim mesmo, era necessária a provisão de escarradeiras para um bom número de pessoas. Ver Dulanto y Agnoli, “Profilaxia de la tuberculosis”, 197.

procurar casos suspeitos, identificar o tuberculoso inicial e levar-lhe, mesmo a seu domicílio, o auxílio e conselho necessário.

Por mais racional e grandiosa que fosse a obra dos sanatórios, a Comissão a considerava insuficiente, sobretudo porque estes albergavam um número limitado de doentes, principalmente aqueles que possuíam o dinheiro suficiente para custear a internação num estabelecimento sanitário desta natureza. Pelo contrário, os dispensários se preocupariam preferencialmente dos doentes pobres.

Além disso, nos sanatórios o interesse era tão só o de curar seus hóspedes, enquanto no dispensário se tratava não só de curar o doente como também de proteger o são. Para a Comissão a obra dos sanatórios era exclusivamente médica, a dos dispensários era profilática e médico-social⁷². Os dispensários podiam localizar-se sem perigo algum, em qualquer rua da cidade, e sua instalação era relativamente singela, pois podia ser numa casa por menor que esta fosse⁷³.

Em conclusão, a Comissão da *Faculdade de Medicina* introduziu, no discurso médico peruano, a tese do isolamento dos tuberculosos em salas especiais e o tema dos dispensários como ferramentas essenciais de combate à tuberculose. A obra de ambos se impunha como medida de caráter urgente para diminuir a população de tuberculosos nos hospitais e na cidade de Lima. No entanto, pelas condições nas quais se encontravam os hospitais em Lima, aquela Comissão se inclinou mais pelos dispensários afastando o projeto de Eduardo Laverería. O irônico desta etapa é que ao final nenhum destes dois estabelecimentos se chegou a ser implantado na capital⁷⁴.

Por outro lado, o que de fato encontrou terreno fértil no discurso médico foi a importância que devia ter a educação higiênica. O tuberculoso devia ser educado com as regras de higiene básicas, inclusive desde antes de ser doente. A campanha contra o escarro devia ter como base de sustentação duas colunas: a educação e a escarradeira.

⁷² Dulanto y Agnoli, “Profilaxia de la tuberculosis”, 14.

⁷³ Um exemplo que propôs a Comissão foi o caso do *Dispensário Dr. Enrique Tornú*, inaugurado em Buenos Aires pela Liga Argentina contra a tuberculose, em 25 de maio de 1901.

⁷⁴ O único que se conseguiu implantar foi um edifício construído na região de Tamboraque graças ao aporte econômico do médico Mier e Proaño, e que batizou com o nome de *Casa de Saúde de Tamboraque*. Não se tratou de um sanatório propriamente, senão de uma estação sanitária na que pessoas com dinheiro trataram de encontrar cura a diferentes doenças mediante os banhos de sol, terapêutica conhecida sob o nome de helioterapia. Ver “Casa de salud de Tamboraque”, 83.

Desde a infância o menino devia saber que cuspir no chão era um ato tão repelente como o de urinar ou defecar. Os meios para atingir este objetivo eram o ensino higiênico escolar, os periódicos murais, os cartazes e as conferências públicas⁷⁵.

A educação não atingiria o sucesso sem ter o complemento das escarradeiras. Ao lado da proibição de cuspir no chão era necessário dispor, nos diferentes espaços públicos, de escarradeiras apropriadas e em suficiente quantidade para satisfazer esta necessidade fisiológica. Inclusive se sugeriu a tipificação de um delito ao ato de cuspir no chão ou fora das escarradeiras. Uma frase de Escomel é bastante peculiar neste sentido: *el porvenir de la escupiera pública es el presente del urinario*⁷⁶.

Para finalizar esta seção consideramos necessário mencionar outro assunto que chamou a atenção de alguns médicos peruanos em relação ao contágio e combate da tuberculose. Este tinha que ver com uma pergunta: a raça e a tuberculose tinham alguma relação? Esta foi objeto de estudo em três teses apresentadas na *Faculdade de Medicina de San Fernando*.

O ponto de partida de todas estas pesquisas era indagar os diferentes motivos que pudessem explicar a alarmante proporção de tuberculosos no exército. O exército peruano por estar composto em sua maioria por membros de raça andina propiciou o argumento para alguns de que a condição racial tinha certa influência no desenvolvimento da tuberculose.

Para os médicos Felipe Merkel, Luis Octavio de Piérola e Elías Samanez atribuir à raça certa aptidão especial de preparação para contrair a tuberculose era uma apreciação falsa. Para estes médicos o alto índice de mortalidade se devia principalmente ao descuido e abandono da higiene na instituição militar.

A suposta aptidão fisiológica da raça andina para desenvolver a tuberculose foi criticada a partir três aspectos. O primeiro deles estava relacionado ao perfil físico do

⁷⁵ Escomel, “La tuberculosis y la defensa antituberculosa”, 343. Neste mesmo artigo Escomel sugeriu a criação de uma escola para tuberculosos em razão que tinham meninos que se contagiavam em decorrência de sua educação escolar e não deveriam continuar semeando o mal entre o resto de seus colegas. Para o autor, esta escola deveria estar submetida a um regime interno diferente das escolas normais nas que inclusive os professores também fossem tuberculosos. Uma medida desta natureza não se chegou a executar em Lima, no entanto não deixa de chamar a atenção como o medo ao contágio ou a estigmatização do doente chegava em ocasiões a ser exacerbado.

⁷⁶ Escomel, “La tuberculosis y la defensa antituberculosa”, 345.

soldado peruano em comparação com o soldado europeu. A conclusão neste sentido foi que, sob os critérios de estatura, perímetro torácico, peso e capacidade respiratória, a diferença entre os grupos era mínima⁷⁷.

O segundo ponto estava relacionado com a mudança de clima experimentado pelo indígena no momento de envolver-se com o exército. Sob os argumentos da Climatoterapia os indígenas ao chegar à Costa imediatamente eram vítimas da tuberculose devido à influência direta e diferente que exercia o clima desta região sobre as funções respiratória e digestiva do organismo. Por muitos anos esta tinha sido a prova necessária e suficiente para entender o alto índice de mortalidade por tuberculose na milícia.

No entanto, as teses de medicina apresentadas neste período refutaram categoricamente esta idéia ao considerar ao clima como um fator estritamente secundário, já que sua ação se limitava somente a colocar o indivíduo num estado de iminência mórbida. A diminuição das atividades funcionais, respiratória e digestiva, assim como os diferentes agentes morbosos reinantes na Costa, como o paludismo e a febre tifóide, eram os fatores que colocavam ao indígena em melhor condição na possibilidade de ser atacado pela tuberculose⁷⁸.

No entanto, as anteriores não eram razões específicas que explicavam o alto índice de mortalidade no exército. Precisamente, o terceiro ponto tinha relação com a aglomeração dos soldados nos quartéis e hospitais. Os primeiros se caracterizavam por ter uma atmosfera viciada. No que diz respeito aos hospitais uma citação de Merkel sobre o *Hospital Militar de San Bartolomé* é muito reveladora:

Al penetrar, después de atravesado el patio, se halla un corredor que da acceso a la sala más importante: la de Cirugía. Si antes de entrar nos dirigimos a la izquierda, vemos una habitación que a primera vista parece

⁷⁷ Por exemplo, no que diz respeito à estatura o meio-termo dos soldados em França era de 1,65 metros. Ao comparar com o caso peruano resultava ser superior em tão só 10 centímetros pelo que alguns médicos não lhe prestaram demasiada importância. Ver Merkel, “La tuberculosis en el Ejército Nacional”, 193-202 e Samanez, “La profilaxia de la tuberculosis y el servicio militar”, 397.

⁷⁸ Para melhorar esta condição o médico Luis de Piérola recomendava: “No traerlos a la costa, ni implantar todo el régimen militar, sino después de un tiempo prudencial, que sea señalado por la adaptación del individuo a sus nuevos hábitos de vida. Darles conferencias, en su idioma si fuere posible, que levanten su nivel moral y le hagan comprender su misión en las filas y sus deberes para con la Patria. Suprimir la propaganda alcohólica con que los gamonales de pueblo lo embrutecen, lo degeneran y explotan”. Ver Piérola, “Profilaxia de la tuberculosis en el ejército”, 237-238.

escritorio por una gran carpeta que hace creer en la existencia de libros; pero en realidad nos hallamos en plena sala de operaciones. Anteriormente de mayores dimensiones, ha sido dividida en dos por una mampara de cristal, sirviendo la parte de atrás de dormitorio a un empleado que, cuando no hay operación, destina la anterior a comedor y escritorio. Un piso de asfalto con grietas, un techo del que cuelgan telas de araña con una abertura, que es ventana, cuyos vidrios no conocen contacto de ningún trapo y solo sí el del polvo, que en ellos forma capa, y paredes que no han sido ni blanqueadas desde hace mucho tiempo, limitan el reducido espacio donde se hacen hasta laparotomías. Para las operaciones de urgencia, que pudieran presentarse de noche, hay allí un candelabro de gas de dos picos, que con su luz macilenta no hacen otra cosa que pronunciar aun más la oscuridad. Las moscas que abundan sobremanera por falta de limpieza, se hallan pegadas a todas partes y, junto con las arañas, se distribuyen pacíficamente los rincones”.⁷⁹

Vimos nesta seção que a Comissão da *Faculdade de Medicina* introduziu no discurso médico os temas relacionados ao isolamento dos tuberculosos e a necessidade dos dispensários. Assim mesmo, neste período foram elaboradas três teses que deram atenção ao tema da raça e a tuberculose, as mesmas que afastaram qualquer relação direta entre elas. Pelo contrário, aquelas pesquisas se apoiavam nos princípios de uma higiene estrita no exército.

O certo é que para a seguinte e última etapa muitas das idéias relacionadas ao contágio já estavam totalmente estabelecidas. Dois foram os espaços nos que se concentrou a luta contra a tuberculose na cidade de Lima. A *Sala Santa Rosa no Hospital Dos de Mayo* e o *Preventorio Juan M. Byron* permitiram o desenvolvimento da tisiologia no Peru. Isto é o que veremos a seguir.

2.5 Os inícios da Tisiología no Peru: o Hospital Dos de Mayo e o Dispensário Juan M. Byron (1908-1919).

Nesta última etapa os médicos peruanos reclamaram com maior ênfase a necessidade de implantar dispensários antituberculosos na cidade de Lima. A idéia de um sanatório foi

⁷⁹ Merkel, “La tuberculosis en el Ejército Nacional”, 216-217.

abandonada praticamente por completo. Previamente ao pedido de um dispensário, chegaram-se a implantar duas salas especiais para tuberculosos no *Hospital Dos de Mayo*.⁸⁰ Tanto estas salas, como o futuro *Dispensário Juan M. Byron*, permitiram não só combater a tuberculose na cidade de Lima, como também foram espaços de experimentação e desenvolvimento de uma disciplina médica, a tisiologia.

Em 1908 apareceu uma das obras médicas mais importantes da primeira metade do século XX no Peru. Referimo-nos à tese de doutorado do médico Abel Olaechea. Trata-se de uma obra monumental na qual o autor realizou um balanço sobre o estado da tuberculose a partir da consulta de uma ampla gama de fontes como dados estatísticos, teses de medicina, artigos científicos publicados em revistas e periódicos, documentos oficiais, etc. Ademais, como preâmbulo, apresentava, demonstrando uma erudição impressionante, os numerosos trabalhos científicos que tinham sido realizados na Europa sobre etiologia, profilaxia e tratamento da tuberculose.

Olaechea demonstrava em sua tese que a tuberculose tinha sido responsável, desde meados do século XIX, pelo elevado número de mortes na cidade de Lima. Seu trabalho se caracterizou por oferecer uma abundante informação estatística sobre a mortalidade por tuberculose na capital peruana⁸¹. No entanto, o que nos interessa destacar aqui é o que este médico identificou em relação às condições facilitadoras daquela terrível realidade.

Segundo Olaechea, as notáveis deficiências da higiene pública, reveladas pelos defeituosos serviços de água e esgoto, o incorreto asseio das ruas e dos lugares públicos, a formação de lixeiras na periferia da cidade, a ignorância dos princípios mais elementares de higiene, a insalubridade das habitações, o alcoolismo e a miséria, eram causas que facilitavam o desenvolvimento da tuberculose e seu conseqüente impacto nos índices de

⁸⁰ O *Hospital Dos de Mayo* foi inaugurado em 28 de fevereiro de 1875 durante o governo do presidente Manuel Pardo. Em seus inícios foi um hospital destinado a receber exclusivamente a homens, pois foi criado para substituir os trabalhos do antigo *Hospital San Andrés*, criado em 16 de março de 1538 durante a época colonial.

⁸¹ As principais fontes que Olaechea conferiu para a elaboração de seus numerosos quadros estatísticos foram: Fuentes, Manuel Atanasio. *Estadística General de Lima*. Lima: Tipografía Nacional; 1858. Leubel, Alfredo. *El Perú en 1860, ósea anuario nacional: política, comercio, estadística, literatura, industria, agricultura*. Lima: Imprenta del Comercio; 1861. Zapater, José M. “Influencia del clima del valle de Jauja en la enfermedad de la tisis tuberculosa”. *Gaceta Médica de Lima* 1876; (19)(20)(21)(22): 145-149, 157-159, 163-166, 169-174.

mortalidade na cidade de Lima. Todas estas condições eram compreendidas como propícias para o desenvolvimento do bacilo de Koch⁸².

Baseando-se no fato de que a população limenha tinha o direito de intervir, de limitar a liberdade individual para preservar a saúde pública, é que Olaechea entendia ser necessário que o governo promulgasse uma lei sanitária na qual fosse estabelecida a declaração obrigatória de doenças infecto-contagiosas. Esta lei deveria incluir à tuberculose.

No entanto, ao mencionar os casos de alguns países como França, Inglaterra, Itália, Brasil e Argentina, chegou à conclusão de que essa lei ainda era muito temporã para ser aplicada no Peru, tendo em vista de que nada havia sido feito para convencer o povo da bondade desta medida. O estudo de outros países, nos quais não tinha prosperado a declaração obrigatória da tuberculose, levou-lhe a sustentar que em sua substituição deveria a profilaxia da tuberculose fundamentar-se na absoluta educação higiênica da população⁸³.

Por esta razão é que via com bastante otimismo os benefícios que podiam ser obtidos mediante a criação de um dispensário em Lima. Olaechea considerava inconveniente que a campanha profilática contra a tuberculose fosse iniciada com a implantação de um sanatório. Em primeiro lugar, porque os sanatórios supunham o investimento de elevadas somas de dinheiro para sua construção e manutenção. Em segundo lugar, porque o isolamento dos tuberculosos poderia ser realizado também de modo eficaz em hospitais especiais que não demandavam gastos expressivos.

O modelo de dispensário promovido por Olaechea foi o francês, desenhado por Albert Calmette. As características mais destacadas do dispensário antituberculoso do tipo Calmette estavam no fato de que prescindia do tratamento por meio de remédios e executava as visitas domiciliárias por meio de uma equipe treinada de visitantes. Decorre daí o fato de ser mais conhecido como preventório, já que seu fim era procurar, atrair e educar o tuberculoso para que este não se tornasse um foco infeccioso.

Num relatório dirigido ao Diretor de Salubridade Pública, Olaechea discutiu os benefícios que poderiam ser alcançados mediante a implantação de dispensários. Para

⁸² Olaechea, *Estado actual de los conocimientos*, 210-215.

⁸³ Olaechea, *Estado actual de los conocimientos*, 217-218.

Olaechea, os dispensários destinados a combater a tuberculose eram estabelecimentos que tinham como propósito a profilaxia da tuberculose, a educação higiênica e a assistência dos pacientes vítimas desta doença infecciosa. Portanto, sua missão devia se concentrar na desinfecção periódica das habitações dos enfermos, na busca de pacientes no período incipiente da tuberculose através de um trabalho conjunto com os médicos dos operários e, finalmente, na educação higiênica mediante a organização de conferências e a publicação de instruções e conselhos⁸⁴.

Em definitivo, a assistência que seria prestada pelos dispensários era de duas classes: social e médica. A primeira compreendia tudo o que se relacionasse à melhoria das condições materiais da população. Em relação à assistência médica o dispensário ofereceria todos os cuidados necessários para o estado de saúde do tuberculoso, incluindo exames de diagnóstico e tratamentos específicos. Determinados doentes seriam enviados aos sanatórios, outros aos hospitais ou salas especiais e, em último caso, quando o estado de saúde da pessoa assim requeria, seria prestada assistência médica em seu próprio domicílio.

Muitas destas propostas formuladas pelo Olaechea vinham sendo realizadas no *Hospital Dos de Mayo*. No entanto, estas propostas viriam a consolidar-se quando este médico assumiu o cargo de direção do mencionado hospital, em 1911.

Em 01 de agosto de 1907 foi inaugurado o primeiro pavilhão para tuberculosos no *Hospital Dos de Mayo*. Foi batizado com o nome de serviço ou *Sala Santa Rosa*. Este pavilhão contou em seu início com 33 camas. Seu primeiro diretor foi o médico Francisco Graña, que trabalhava como médico adjunto no hospital desde 1905.

O modelo que orientou a construção da *Sala Santa Rosa* foi baseado no projeto que, em 1902, Eduardo Laverería tinha apresentado à *Sociedade de Beneficência Pública*. No entanto, Graña não demorou em advertir a existência de uma série de problemas que se evidenciaram desde o início da construção. Numa carta dirigida ao diretor do *Hospital Dos de Mayo*, Graña manifestava seu convencimento de que o isolamento hospitalar dos tuberculosos era a medida necessária para evitar o contágio do resto de pacientes internados no nosocômio, que não encontravam-se acometidos pela tuberculose. No entanto, reconhecia que não era a única medida a se ter em consideração.

⁸⁴ Olaechea, “Informe del doctor Olaechea”, 299.

Para este médico a separação dos tuberculosos tendia a satisfazer duas obrigações. Em primeiro lugar, supunha uma medida profilática cujo fim era evitar o contágio de doentes comuns. Em segundo lugar, o isolamento permitiria uma adequada assistência médica, de forma que os tuberculosos pudessem ser melhor tratados em serviços especiais, em vez de serem confundidos no tratamento de outros pacientes em salas comuns⁸⁵.

O problema que Graña destacava era o fato de que o pavilhão para tuberculosos logo se tornou superpopuloso, sendo impossível receber mais pacientes. Considerava que era urgente a construção de novos pavilhões, os quais deveriam seguir o modelo traçado originalmente por Laverería. Além da infra-estrutura, Graña considerava fundamental a introdução de reformas na própria assistência aos tuberculosos.

Sobre este ponto não exagerava. A tuberculose era um dos fatores responsáveis pelo elevado número de mortes no interior do *Hospital Dos de Mayo*. A rápida deterioração do pavilhão inicial decorreu do deficiente regime alimentício dos pacientes, das ainda incipientes medidas higiênicas, e sobretudo da falta de outros pavilhões especiais para alojar os tuberculosos. Esta situação ficava demonstrada com as estatísticas de mortalidade no interior do hospital. Segundo o quadro estatístico de mortalidade do *Hospital Dos de Mayo*, correspondente ao ano de 1907, é possível perceber que entre todas as doenças a tuberculose ocupava o segundo lugar, só perdendo para o paludismo, que nesse ano se manifestou com um violento surto epidêmico⁸⁶.

Embora o pavilhão para tuberculosos tenha no começo aliviado o índice de mortalidade no *Hospital Dos de Mayo*, logo a situação continuou sendo a mesma de antes de sua construção. Efetivamente, não se tinha conseguido livrar a população hospitalar do perigo do contágio tuberculoso, já que o número de doentes nas salas comuns era muito superior ao dos que se encontravam no referido pavilhão. A situação desses tuberculosos não tinha melhorado, pois ainda em sua nova sala, encontravam-se tanto ou mais aglomerados como no início. Isso impedia a necessária separação segundo as lesões que apresentavam, e seu grau de desenvolvimento, etc. O novo pavilhão se viu superado pela alta população de tuberculosos; estes não chegavam a aproveitar adequadamente da

⁸⁵ Graña, “El nuevo servicio para tuberculosos”, 261.

⁸⁶ “Cuadro estadístico de la mortalidad”, 113-114.

ventilação necessária e da galeria de cura, tudo isto somado à escassez de mobiliário e de pessoal treinado.

Por outro lado, Graña denunciou que embora o pavilhão para tuberculosos tivesse sido desenhado a partir do modelo proposto por Lavorería, não tinha sido respeitado o plano original. Entre as ausências se encontravam a supressão das janelas nas salas, o que diminuía a ventilação do local, o fechamento da galeria de cura em seus dois extremos, a comunicação das habitações do pessoal médico com a sala dos pacientes e, pior ainda, a supressão dos banhos deixando os serviços higiênicos no mesmo salão onde se fazia a preparação e distribuição dos alimentos. Para Graña, todo tipo de variação ao traçado original deveria ser considerado como medida defeituosa, que não proporcionaria nenhuma vantagem ao isolamento dos tuberculosos⁸⁷.

Graña permaneceu pouco tempo sob a direção da *Sala Santa Rosa*. Em sua substituição ingressou o médico Juan Voto Bernales, que igualmente a seu antecessor permaneceu por um curto período na direção do pavilhão. Depois da saída de Juan Voto, assumiu o cargo da sala o médico Aníbal Corvetto, recentemente egresso da *Faculdade de Medicina*, mas que daria um impulso enorme às pesquisas clínicas sobre tuberculose no referida *Sala Santa Rosa*⁸⁸.

Em 01 de julho de 1908 foi inaugurado o segundo pavilhão do serviço *Sala Santa Rosa*. Corvetto, como diretor, desenvolveu numerosas pesquisas relacionadas com a tuberculose que permitiram o desenvolvimento da tisiologia no Peru. Seu trabalho não só o efetuou na *Sala Santa Rosa*; pois também fora nomeado diretor do primeiro dispensário antituberculoso criado na cidade de Lima.

Em 1916 foi inaugurado o *Preventorio Juan M. Byron*, anexo ao *Hospital Dos de Mayo*. O nome conferido a este dispensário foi para honrar o jovem estudante peruano de medicina, Juan Byron, que tinha falecido há pouco tempo devido a uma inoculação

⁸⁷ Graña, “El nuevo servicio para tuberculosos”, 263.

⁸⁸ Aníbal Corvetto nasceu em Lima em 25 de julho de 1876. Seus pais foram imigrantes italianos. Realizou seus estudos primários no *Colégio Italiano* e os secundários no *Colégio Nossa Senhora de Guadalupe*. Ingressou à *Faculdade de Medicina* em 1896 realizando seu internado no *Hospital Dos de Mayo*, na *Sala San Pedro*. Uma vez egresso da *Faculdade de Medicina* passou a trabalhar na *Sala Santa Rosa*. Desde sua tese de bacharelado (*Citodiagnóstico das pleuresias*) é possível apreciar seu interesse pelas doenças do aparelho respiratório. Depois do *V Congresso Médico Latinoamericano* realizado em Lima em 1913, Corvetto iniciou uma abundante produção acadêmica concentrada no estudo da tuberculose. Ver Neyra, *Imágenes históricas de la medicina peruana*, 112-115.

acidental com o bacilo de Koch, durante uma experiência científica. Isto tinha ocorrido nos Estados Unidos onde Byron realizava estudos de pós-graduação em bacteriologia.

Em primeiro lugar, Corvetto foi o médico que introduziu no Peru a técnica do pneumotórax artificial. O médico italiano Carlo Forlanini foi o criador desta ferramenta terapêutica. Este método se baseava na técnica da colapsoterapia preparada pelo próprio Forlanini, e que consistia na introdução de gás inerte na cavidade pleural do pulmão danificado com o propósito de colocá-lo num estado de repouso funcional, a fim de promover a cura.

No entanto, os doentes que iam ao serviço de tuberculosos na *Sala Santa Rosa* estavam em sua maioria em condições muito avançadas da doença, o que tornava difícil para Corvetto encontrar indivíduos apropriados para a indicação do método.

Embora a grande maioria de indivíduos que foi submetida a esta técnica tenha terminado falecendo, isto não desanimava a Corvetto quanto aos possíveis benefícios do pneumotórax. A explicação de Corvetto era a de que os pacientes se encontravam num estado muito grave, e isto justificava seu uso, pois segundo suas próprias palavras:

*He escogido usar el método entre aquellos que tienen las formas verdaderamente graves y contra las cuales nada han podido, hasta ahora, todos los medios que se han empleado. No he querido dar al método de Forlanini triunfos fáciles y que, en modo alguno, podían pertenecerle.*⁸⁹

Como mencionamos, o trabalho científico de Corvetto foi bastante produtivo. Ao ter acesso direto aos doentes pôde experimentar os benefícios da terapêutica do pneumotórax artificial e inclusive propor uma classificação clínica dos diferentes tipos de tuberculose, e converter esta sua última pesquisa em sua tese de doutorado, apresentada à *Faculdade de Medicina* em 1915.

Em sua tese, Corvetto se manifestou defensor da classificação realizada em 1908 pelo clínico francês Bard. Este médico tinha dividido a tuberculose em três grandes grupos: latentes, atenuadas e manifestas. Cada uma delas podia por sua vez ser abortiva ou progressiva. Bard tinha realizado esta classificação a partir de suas numerosas experiências anátomopatológicas.

⁸⁹ Corvetto, “Método de Forlanini”, 23-24.

Para Corvetto, a classificação de Bard era a melhor por duas razões. Em primeiro lugar, facilitava a tarefa do médico e do estudante no momento de ensinar e aprender sobre as manifestações clínicas da tuberculose. Em segundo lugar, porque tinha como fundamento tanto a localização das lesões nos diferentes tecidos do aparelho respiratório, como os caracteres clínicos das manifestações morbosas, tendo principalmente em consideração seu período de formação⁹⁰.

A intenção de Corvetto, ao se ocupar em sua tese da classificação de Bard, era de difundi-la e ao mesmo tempo melhorá-la. Para Corvetto, até aquela data os médicos e estudantes de medicina desconheciam esta classificação. Para ele, seu estudo e aplicação permitiriam preencher profundos vazios relativos à tuberculose, uniformizando o critério científico⁹¹.

Precisamente, foi partir desta classificação e de sua experiência na *Sala Santa Rosa* e no *Dispensário Juan Byron* que Corvetto realizou importantes descobertas. Entres estas podemos mencionar as relacionados à identificação da tuberculose hidática ou equinococose pulmonar caracterizada pelas afecções parasitárias dos pulmões, assim como a descrição do primeiro caso no Peru de espiroquetose broncopulmonar ou bronquite hemorrágica⁹².

O importante trabalho clínico de Corvetto permitiu que fossem assentadas as bases da tisiologia na medicina peruana. Seus estudos fizeram notar que era necessária a implementação da tisiologia na *Faculdade de Medicina de San Marcos*. Depois dele, muitos médicos começaram a especializar-se nesta área do conhecimento médico como Ovidio García Rosell, Max Arias Schreiber e Alfonso de las Casas⁹³.

Não pretendemos concluir este capítulo sem deixar de mencionar que todos os estudos e conhecimentos sobre a profilaxia e contágio da tuberculose foram recolhidos numa das primeiras publicações oficiais que a *Municipalidad de Lima* difundiu entre a

⁹⁰ Corvetto, *Formas clínicas*, 35.

⁹¹ Corvetto, “Fundamentos de la clasificación”, 139.

⁹² Corvetto, *Formas clínicas*, 38.

⁹³ A geração de médicos que sucedeu a Aníbal Corvetto no estudo da tuberculose chegou a desenvolver a plenitude a especialidade da tisiología. Foram eles os que trabalharam no *Sanatório Domingo Olavegoya*, fundado em 1922 e criaram a *Sociedad Peruana de Tisiología* em agosto de 1936. Assim mesmo, García Rosell chegaria a ser o primeiro catedrático de tisiologia na *Faculdade de Medicina de San Marcos*.

população em 1918. Tratou-se de um folheto cujo propósito era estritamente educativo. Na última seção do folheto *Guerra à Tuberculose* dizia:

Así como toda fábula tiene su moraleja, todo estudio científico tiene sus conclusiones. He aquí las de este folleto: Si se quiere impedir que la gente se ahogue en el río, se colocan a lo largo de sus orillas, estaciones de socorro, provistas de utensilios de salvamento, para asistir a los que caigan al agua. O se establece una defensa no interrumpida, para impedir que el público caiga al río. ¿Cuál de estos sistemas es mejor? Evidentemente el segundo, porque previene el daño, en lugar de esperar que se produzca, para repararlo. Pues bien, en la lucha contra la tuberculosis, los sanatorios, dispensarios, hospitales, etc., por muy perfectos que sean, hacen el papel de estaciones de socorro, las cuales son necesarias, desde que miles de desgraciados están en peligro de ahogarse, y piden socorro. Aprendámos a preservarnos y enseñemos a los demás a preservarse. Cuando esto suceda, entonces podremos jactarnos de haber alcanzado uno de los más hermosos triunfos contra la tuberculosis y la muerte.⁹⁴

Isto significou o preâmbulo da participação do poder público no combate à tuberculose; fato este que se materializou, nos anos vinte, com a subida ao poder de Augusto B. Leguía e a criação da primeira campanha pública contra a tuberculose em Lima.

⁹⁴ Elguera, *Guerra a la Tuberculosis*, 19-20.

CAPITULO 3

IDÉIAS E PRÁTICAS MÉDICAS CONTRA A TUBERCULOSE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO (1882-1919)

No capítulo anterior pudemos apreciar as principais idéias e práticas médicas de combate à tuberculose na cidade de Lima. Identificamos algumas etapas pelas quais a medicina peruana passou com relação às pesquisas científicas sobre tuberculose. Para isso nós tivemos que nos valer de vários artigos médicos publicados principalmente em *La Crónica Médica*, a revista científica mais importante na capital peruana entre fins do século XIX e primeira metade do século XX.

Utilizando esta mesma metodologia trabalharemos o caso correspondente ao Rio de Janeiro. *O Brazil Médico* é a publicação selecionada por tratar-se de uma das mais importantes no Brasil na passagem do século XIX ao XX.

3.1 A herança, o papel do ozônio e o isolamento hospitalar.

Ao final do século XIX as idéias e práticas relacionadas ao combate à tuberculose entre os médicos radicados no Rio de Janeiro oscilavam em torno de vários assuntos. Entre os temas mais recorrentes destacavam as discussões sobre o papel da herança no desenvolvimento da doença, a execução de um projeto que facilitasse a purificação da atmosfera eliminando todos os agentes morbígenos geradores das doenças infecciosas e, finalmente, os primeiros estudos sobre o isolamento dos tuberculosos como medida profilática por excelência.

Uma peculiaridade nesta primeira etapa é a ausência de um programa de combate à tuberculose por parte do governo federal. Esta carência chegaria ser atendida no início do século XX por uma associação filantrópica da qual nos ocuparemos mais adiante.

A revista *O Brazil Médico* começou a ser publicada em janeiro de 1887. Tratava-se de uma publicação periódica vinculada principalmente à *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* (FMRJ)⁹⁵ e à *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro* (SMCRJ)⁹⁶. A grande maioria dos artigos publicados nesta revista esteve relacionada a estudos clínicos e investigações médicas originais realizadas no Brasil, os quais se inscreviam dentro do contexto de emergência da bacteriologia e da teoria do germe da doença. Porém em suas páginas também foram publicados estudos médicos estrangeiros, destacando os resumos e traduções de trabalhos apresentados em diversos Congressos Médicos e Científicos realizados na Europa.

⁹⁵ Esta instituição se chamou originalmente *Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro*, que iniciou suas atividades em abril de 1808, funcionando no *Hospital Real Militar* localizado no morro de Castelo. Posteriormente, passou a funcionar em dependências da *Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro*. Em 1918 começou a desenvolver suas atividades num edifício localizado na Praia Vermelha. A partir de 1965 se transformou numa unidade acadêmica da *Universidade Federal do Rio de Janeiro*. Ver **Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro**. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Capturado em 13 jul. 2008. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

⁹⁶ A *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro* foi fundada em 14 de fevereiro de 1886. Seu objetivo principal consistiu em organizar a atividade médica em torno das discussões específicas relacionadas com a saúde e o papel político que esta exercia no país. Uma de suas principais atividades foi a realização do *I Congresso Brasileiro de Medicina* em 1888.

Um dos primeiros temas tratados relacionados à tuberculose foi o da herança. O médico Cypriano Souza de Freitas, professor de *Anatomia e Fisiologia Patológicas* na FMRJ, publicou numerosos artigos científicos entre os quais se destacou seu trabalho *Da hereditariedade nas moléstias infectuosas*. Este estudo foi constantemente citado por vários médicos, que posteriormente apresentariam suas teses de medicina na mencionada instituição.

Neste estudo, Freitas discutiu todo o conhecimento que a medicina européia tinha, até aquele momento, sobre o papel da herança no desenvolvimento das doenças infecciosas; nesse conjunto se incluía à tuberculose. Freitas considerava que a transmissão das doenças por meio da herança se dava por meio de três vias possíveis, diferentes entre si: a herança da natureza infecciosa, a herança da predisposição e a herança da imunidade.

A herança da natureza infecciosa só era possível quando mediava a passagem de micróbios patogênicos dos organismos paternos para os organismos dos descendentes. Esta herança da natureza infecciosa podia ser espermática, ovular ou sanguínea. A partir deste fato, Freitas entendia ser maior preponderante por parte da mãe e não do pai, no momento de transmitir as doenças aos descendentes. Assim mesmo, deduzia que no caso das doenças infecciosas, como a varíola, o sarampo, a febre tifóide ou o paludismo, a transmissão se dava somente pela mãe, e nas doenças crônicas como a sífilis, a lepra ou a tuberculose, a transmissão era tanto pelo pai quanto pela mãe.

Em relação à tuberculose, Freitas se manifestava contrário à idéia de afastar ou desmerecer o papel da herança na natureza da tuberculose. Embora já tinham sido publicados os trabalhos de Villemin e Koch sobre a inoculabilidade, especificidade e contagiosidade da tuberculose respectivamente, Freitas continuava sustentando que esta endemia crônica se devia fundamentalmente ao papel da herança.

Na Europa, os trabalhos realizados pelo médico francês Germain Sée sustentavam que ninguém nascia tuberculoso, apenas mais ou menos apto para sê-lo⁹⁷. Por sua vez, outros médicos europeus, apoiando-se nos estudos clínicos de Villemin e principalmente nos achados de Robert Koch, continuaram defendendo a tese de que se herdava uma predisposição, mas não a doença em si. No entanto, Cypriano de Souza Freitas através de

⁹⁷ Um dos trabalhos mais importantes de Germain Sée foi *Diagnóstico das tisis pulmonares pela presença dos bacillos nos escarros* (1884). Ver Sée, “Diagnóstico de las tisis pulmonares”, 55-56.

seu artigo tentava demonstrar o contrário. Para isso recorreu a uma série de citações extraídas do estudo realizado pelos médicos franceses Louis Landouzy e Hipólito Martin. Naquele estudo, estes médicos tentavam demonstrar a hipótese de que possivelmente a tuberculose na infância não apresentava a mesma forma que no adulto. Conquanto reconhecessem que eram raros os casos de tuberculosas na primeira infância, Landouzy e Martin consideravam que isto podia ser devido principalmente a uma incorreta descrição da mesma.

Para aqueles médicos franceses, a herança da tuberculose, como a herança da fortuna, podia-se conceber de duas maneiras: certos meninos nasciam tuberculosos, outros nasciam predispostos; os primeiros tinham em comum a semente tuberculizante, os segundos só herdavam o terreno. A partir disto, Freitas concluiu que assim como no caso da sífilis, onde o óvulo era infectado, o mesmo não teria de ocorrer no caso da tuberculose⁹⁸.

Segundo Freitas, todos os casos de herança, quando as doenças infecciosas se desencadeavam depois da concepção, só podiam ser explicados pela passagem de micróbios patogênicos do sangue materno à do feto, conexão única que existia entre os dois organismos. Em conclusão, o agente virulento, o micróbio da tuberculose, podia ser capaz de determinar a infecção do embrião através da via placentária, podendo chegar ao óvulo mediante o esperma e conseguindo finalmente instalar-se no interior do óvulo quando este se desprendia do ovário⁹⁹.

No que concernia à herança da predisposição, Freitas considerava que não bastava ter nascido com esta; era necessário que o indivíduo que a possuísse, se encontrasse em condições que permitissem seu desenvolvimento; isto é, só tinha probabilidades de desenvolver a doença; nada era seguro. Para enfrentar esse problema considerava ser fundamental estudar a mesologia de cada micróbio com o propósito de ter uma noção mais clara a respeito das circunstâncias que debilitavam o indivíduo perante a invasão do agente infeccioso¹⁰⁰.

⁹⁸ Freitas, “Da hereditariedade nas moléstias infectuosas”, 52.

⁹⁹ O autor cita uma série de estudos que demonstravam o erro da lei Brauell-Davaine que sustentava a impossibilidade de um micróbio atravessar a placenta. Freitas, “Da hereditariedade nas moléstias infectuosas”. 76.

¹⁰⁰ A mesologia era a parte da biologia relacionada com as condições necessárias para que pudesse prosperar uma espécie. Freitas, “Da hereditariedade nas moléstias infectuosas”. 99-100.

Finalmente, em relação à herança da imunidade contra uma doença infecciosa, Freitas sustentava que um indivíduo gozava desta condição só quando uma disposição congênita, ou por efeito de algum ataque anterior da doença, podia muito provavelmente transmitir a sua descendência uma organização dotada dos mesmos atributos contra o mau¹⁰¹. Certamente, quanto à tuberculose, Freitas reconhecia que até aquele momento não tinha sido identificado nenhum caso aplicável a esta via.

Consideramos que o trabalho de Freitas resultou importante, pois foi um estudo constantemente citado em diferentes teses apresentadas na *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*¹⁰². Isto nos leva a afirmar que a idéia do papel da herança na transmissão da tuberculose teve um importante valor entre alguns médicos brasileiros, ainda que já tivessem conhecimento das pesquisas científicas sobre a inoculabilidade e contagiosidade, aspectos que questionavam precisamente seu caráter hereditário. Certamente, é importante assinalar que Freitas não reconheceu, em nenhuma passagem de seu artigo, ter realizado experiências próprias a respeito; dedicou-se somente a apresentar referências de numerosos estudos realizados em Europa; nenhum feito no Brasil ou em algum outro país americano.

Durante a primeira metade do século XIX a cidade do Rio de Janeiro sofreu profundas alterações. Num curto período de tempo a população se duplicou e foram construídas novas ruas e moradias. No entanto, este crescimento urbano não foi complementado com uma adequada política de higiene pública. Evidenciou-se a carência de um adequado sistema de recolhimento do lixo, sistema de esgoto e água potável, etc. Esta situação se viu agravada pelo impacto provocado pelos contínuos surtos epidêmicos, principalmente os de febre amarela.

Na passagem do século XIX ao XX esta situação piorou, principalmente devido ao crescimento desordenado da cidade que se fez patente com o surgimento de numerosos cortiços. Naqueles espaços reduzidos conviviam famílias inteiras em constante promiscuidade. Sem opções de emprego, com uma péssima alimentação e carentes de qualquer serviço médico ou sanitário, estas pessoas começaram a ser vitimadas por outra doença que não aparecia esporadicamente, como a febre amarela ou a peste bubônica,

¹⁰¹ Freitas, “Da hereditariedade nas moléstias infectuosas”, 137.

¹⁰² Dois exemplos são Cunha, *Da hereditariedade* e D’Oliveira, *Prophylaxia da tuberculose*.

como também pela tuberculose, que começou a fazer parte do cotidiano da população fluminense. A incidência desta doença não só evidenciava a debilidade orgânica, senão que mostrava a miséria social na qual a maioria dos habitantes do Rio de Janeiro estava submersa¹⁰³.

Uma das primeiras descrições que encontramos no *O Brazil Médico*, sobre a situação da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro, está contida no artigo de Antônio Azevedo Sodré, médico e político brasileiro que foi precisamente diretor e fundador desta revista. Em seu artigo, Azevedo Sodré considerava que a higiene pública na então capital do Império era um embuste, uma ilusão.

O objetivo de Azevedo Sodré ao publicar este artigo era o de chamar a atenção dos poderes públicos para certos assuntos de interesse sanitário; de fazer recordar ao governo imperial e às autoridades sanitárias que havia questões de higiene pública que afetavam a vida na cidade do Rio de Janeiro e que tinham sido totalmente descuidadas. Entre estas questões apontava como de máxima importância a profilaxia pública da tuberculose¹⁰⁴.

Entre as medidas para o combate da tuberculose que este médico exigia da *Inspectoria Geral de Higiene* se destacava a ampliação do serviço no *Hospital de Cascadura* com a instalação de uma enfermaria especial para tuberculosos¹⁰⁵. Assim mesmo, indicava como medidas complementares a desinfecção completa dos escarros, roupas e camas dos tuberculosos e a distribuição de impressos comunicando instruções simples e indicativas dos perigos do contágio da tuberculose e os meios convenientes para preveni-la. Sobre este último aspecto, veremos que anos depois mudaria suas idéias

¹⁰³ Outra das manifestações sobre a incidência da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro está contida na tese de medicina de Ernesto Costa. As causas que este autor assinalava como as encarregadas do desenvolvimento da tuberculose como uma endemia crônica eram a falta de higiene e de uma adequada alimentação das classes pobres. Ver Costa, *Da tuberculose considerada como moléstia infectuosa*, 32-35. Para maior informação sobre o estado sanitário do Rio de Janeiro ver Benchimol, *Pereira Passos: um Haussmann tropical*.

¹⁰⁴ Azevedo Sodré, “A tuberculose no Rio de Janeiro”, 326.

¹⁰⁵ O *Hospital de Cascadura*, também conhecido sob o nome de *Hospital de Nossa Senhora das Dores*, foi criado em 8 de dezembro de 1884 por iniciativa de João Maurício Wanderley, Barão de Cotegipe, provedor da *Santa Casa de Misericórdia*. Esteve destinado às mulheres enfermas de tuberculose. Seu primeiro diretor foi o doutor Francisco José Xavier. Suas atividades duraram até 1896. Este hospital não dispunha das melhores condições para receber a todas as tuberculosas que tentavam o hospital geral; ademais esteve longe de constituir um sanatório propriamente. Em realidade cumpriu um trabalho de anexo do hospital geral da *Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro*. Ver Araújo, *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro* e Azevedo Lima, “Contribuição ao histórico da luta contra a tuberculose no Brazil”, 224.

radicalmente, chegando a sustentar uma ardorosa e interessante polêmica com o médico Carlos Seidl, da qual nos ocuparemos mais adiante.

No entanto, o que destacou o trabalho de Azevedo Sodré neste primeiro período, foi a proposta, apresentada na SMCRJ, de um projeto de purificação da atmosfera por meio do uso do ozônio; projeto este que teve em Azevedo Sodré seu mais importante e declarado defensor.

Em maio de 1890, nas instalações da SMCRJ, Azevedo Sodré conseguiu colocar a discussão sobre um projeto de purificação atmosférica, com a utilização do ozônio, na agenda de debates. Para este médico, a cidade do Rio de Janeiro estava pessimamente construída. Cercada de morros e com ruas estreitas e mal ventiladas a cidade não se encontrava nas melhores condições de renovação do ar atmosférico. A cidade estava situada à beira do mar e rodeada de pântanos; e devido a esta condição ao longo de todo o ano o ar se saturava de umidade, se tornava rarefeito, oferecendo ao indivíduo que o respirava, para cada inspiração, uma quantidade de oxigênio menor do que a necessária para o perfeito funcionamento de seus órgãos.

Azevedo Sodré, seguindo o argumento do médico Joaquim Vicente Torres Homem, identificou naquelas causas o desenvolvimento de diversas afecções próprias aos climas tropicais, como a anemia, a tuberculose, a debilidade e o incompleto desenvolvimento físico dos habitantes do Rio de Janeiro. As conseqüências de uma atmosfera rarefeita e pobre em oxigênio exigiam que o pulmão trabalhasse mais, fatigando este órgão, tornando menos ativa a hematose e promovendo uma diminuição da quantidade de glóbulos vermelhos e da conseqüente exalação do anidrido carbônico¹⁰⁶.

Segundo Azevedo Sodré, para modificar esta situação era necessária a purificação do ar respirado, a qual poderia ser obtida mediante a implantação de ruas longas, dessecação dos solos, plantação de árvores e aeração das habitações, principalmente. No entanto, para este médico não bastava purificar o ar atmosférico, também se devia ter em vista refrescá-lo, de modo a evitar os perniciosos efeitos do calor em excesso, devido *àquela espécie de estado sub-febril fisiológico nas zonas tropicais, que ante a mais insignificante corrupção do ar atmosférico podia-se tornar patológica*¹⁰⁷. O objetivo final era nivelar, no tocante

¹⁰⁶ Azevedo Sodré, “Purificação do ar pelo ozônio”, 273-274.

¹⁰⁷ Azevedo Sodré, “Purificação do ar pelo ozônio”, 274.

ao ar respirado, os habitantes do campo e os das grandes cidades, colocando-os mais ou menos em igualdade de condições.

Em sua exposição Azevedo Sodré se estendeu sobre os modos mais eficazes para impedir do que os micróbios circulantes pelo ar penetrassem nos pulmões, obtendo-se desta maneira a purificação do ar atmosférico. Para ele era necessário proporcionar ar rico em oxigênio para que cada indivíduo pudesse consumir a quantidade necessária indispensável ao perfeito equilíbrio funcional dos diversos órgãos. Para isso era fundamental que o ar chegasse a estar isento de pó orgânico e de microrganismos patogênicos, bem como conseguir que o ar pudesse se conservar seco e que no interior das habitações chegasse a ser oferecido uma temperatura capaz de garantir o bem-estar do indivíduo, sendo condutor de fresco artificial.

Para Azevedo Sodré existiam duas grandes alternativas que permitiriam a purificação do ar atmosférico. Em primeiro lugar estava a conservação das florestas, a arborização das ruas e o aumento dos jardins públicos e particulares com o fim de aproveitar a fotossíntese. Uma segunda alternativa consistia em arrasar os morros, alongar as ruas, modificar radicalmente o sistema arquitetônico para que desta maneira o ar pudesse penetrar e circular livremente no centro da cidade e no interior das habitações, com o propósito final de renová-lo. Uma vez expostas estas duas alternativas, Azevedo Sodré concluiu que ambas eram de difícil execução, principalmente pelo volumoso investimento econômico que demandaria. No entanto, restava uma segunda alternativa: o ozônio.

Azevedo Sodré, citando as experiências executadas pelo químico alemão Schönbein¹⁰⁸, sustentou que num lugar onde o ar atmosférico se encontrasse impuro, ao fazer-se penetrar uma corrente de ozônio, este gás, cujas moléculas constam de três átomos de oxigênio, se decompunha; um átomo ia cumprir o papel de oxidante ou comburente e os outros dois continuavam agrupados, formando moléculas de oxigênio que entravam na composição do ar ambiente de maneira a restabelecer nele a justa proporção

¹⁰⁸ O ozônio foi descoberto, em 1840, pelo químico alemão Christian Friedrich Schönbein trabalhando com máquinas eletrostáticas, nas quais percebeu o cheiro característico deste gás. O ozônio é uma substância cuja molécula está composta por três átomos de oxigênio, formada ao se dissociar os dois átomos que compõem o gás de oxigênio. Cada átomo de oxigênio liberado se une a outra molécula de oxigênio (O₂) formando moléculas de ozônio (O₃). A temperatura e pressão ambientais o ozônio é um gás de cheiro acre e geralmente incolor, mas em grandes concentrações pode voltar-se ligeiramente azulado. Se respira-se em grandes quantidades, é tóxico e pode provocar a morte.

dos gases. Em conclusão, estava afirmando que o ozônio tinha a propriedade de purificar a atmosfera das cidades¹⁰⁹.

Ressaltando as propriedades do ozônio como purificador do ar atmosférico, Azevedo Sodré solicitou aos membros da SMCRJ a avaliação do projeto apresentado pelo engenheiro e empresário suíço João Frick¹¹⁰. Azevedo Sodre entendia que seu livro *Ar puro a domicílio nas cidades tropicais: plano original oferecido às cidades de Rio de Janeiro, Bombay, Calcutá, Melbourne, Sydney, Chicago, etc.* seria uma alternativa para orientar o melhoramento da salubridade fluminense.

João Frick foi convidado pelo próprio Azevedo Sodré à sessão da SMCRJ, não sem antes batalhar muito para que a presença do mencionado engenheiro pudesse ser aceita pelo resto de membros. Uma vez na sala de atos, Frick expôs seu projeto.

Frick tinha realizado observações atmosféricas em diferentes lugares como Petrópolis, Rio de Janeiro e Itatiaia. Naquelas localidades nunca pôde encontrar ozônio no interior das casas do centro da cidade do Rio de Janeiro, e raras vezes o encontrou nos arredores. No entanto, no alto do Corcovado, nas Paineiras, em Santa Teresa e na Tijuca sempre encontrou ozônio, assim como em Petrópolis e Itatiaia.

A partir destas observações Frick concluiu que se a presença do ozônio era quase constante nas alturas, sua fabricação seria gratuita para o homem. A única questão pendente estaria limitada ao fato de trazê-lo e distribuí-lo por toda a cidade. Daí que, sua proposta consistia em trazer o ozônio de Santa Teresa, das Paineiras e da Tijuca por meio de um sistema de canalização subterrânea, o qual permitiria distribuí-lo a cada domicílio. Por meio de grandes ventiladores, o ar puro e naturalmente ozonizado das alturas penetraria em grandes tubos, seria comprimido por poderosas máquinas, e nesse estado chegaria às habitações do Rio de Janeiro.

Uma vez concluída a exposição do Frick, Azevedo Sodré manifestou seu entusiasmo pelo referido projeto ressaltando que um similar tinha sido desenhado na Inglaterra e proposto pelo próprio Edwin Chadwick. A tese de Azevedo Sodré e Frick se concentrava na idéia de que à medida que o oxigênio fosse desaparecendo em virtude das próprias

¹⁰⁹ Azevedo Sodré, “Purificação do ar pelo ozônio”, 312.

¹¹⁰ João Frick trabalhou principalmente no sul de Brasil. Destacou-se na implantação do sistema de abastecimento de água coletivo na cidade de Cuiabá, Mato Grosso do Sul, junto ao também empresário Carlos Zannota em novembro de 1882.

necessidades da população, o ozônio iria se decompondo e oferecendo à atmosfera o oxigênio preciso¹¹¹.

As reações por parte dos médicos membros da SMCRJ foram de um cepticismo absoluto. João Barros Barreto considerou que o assunto proposto por Azevedo Sodré deveria ser apreciado não a partir de seu aspecto teórico, senão pelo lado prático. Para ele conquanto teoricamente fosse indubitável a vantagem do ozônio, a regularização do ar ozonizado aos domicílios era muito difícil de realizar, sobretudo porque o ozônio era nocivo em estado de pureza, tornando-se prejudicial para o homem, se não ingressasse no ar a respirar em quantidade perfeitamente controlada.

Assim mesmo, considerava que sob o aspecto econômico o projeto de Frick seria extremamente custoso, principalmente em relação ao equipamento que teria que existir nas casas no Rio de Janeiro. Pelo contrário, sugeriu que o projeto de Frick fosse substituído pela arborização das ruas, o saneamento dos solos e a ventilação natural das habitações. Ao primeiro aspecto, considerado possível, delegava prioridade já que segundo ele a arborização cumpriria um tríplice fim: a produção natural de ozônio, a drenagem do solo e a desinfecção da atmosfera mediante as plantas odoríferas¹¹².

Por sua vez, Oliveira Aguiar sustentou que os microrganismos não podiam originar-se numa atmosfera servida por uma vegetação tão exuberante como a do Rio de Janeiro; pelo contrário, estes tinham sua origem principalmente no solo. Para este médico, no solo estava a fonte mais fértil de todas as doenças, e deveria se prestar o máximo de atenção e empenhar todos os esforços possíveis para o eficaz saneamento da cidade. A melhor via para obter este saneamento era a drenagem dos solos mediante a arborização da cidade. Considerava que acima do projeto de Frick haviam assuntos mais importantes para resolver, como o sistema de esgotos, o saneamento do solo e as construções adequadas ao clima do Rio de Janeiro¹¹³.

Finalmente, Hilário Soares de Gouvêa, que manifestou não conhecer ao engenheiro João Frick, acrescentou que no caso de vir a realizar-se este seu projeto, ficaria pendente a atmosfera urbana, impregnada de emanções do solo, onde a população se veria afetada quando não estivesse em suas casas.

¹¹¹ Azevedo Sodré, “Purificação do ar pelo ozônio”, 379.

¹¹² Sociedade de Medicina e Cirurgia. “Purificação do ar pelo ozônio”, 17-18.

¹¹³ Sociedade de Medicina e Cirurgia. “Purificação do ar pelo ozônio”, 20.

O restante dos médicos presentes manifestou um parecer similar ao de Barros Barreto, destacando o aspecto econômico como um dos principais obstáculos para sua realização.

Numa tentativa de defender seu projeto, Frick reconheceu que o maior problema era o relacionado ao modo pelo qual se ofereceria o ar e o ozônio necessários. Reconhecia que até aquele momento o ozônio ainda não tinha sido utilizado no saneamento das cidades, simplesmente porque era impossível obtê-lo em grandes quantidades, pois sua fabricação muito custosa. Daí que sugeriu, como última alternativa, a fabricação industrial do ozônio.

Frente a esta afirmação interveio o médico Agostinho de Sousa Lima que replicou a proposta de Frick. Para ele era necessário em primeiro lugar estabelecer de um modo irrefutável se o ozônio era capaz de destruir os germes mórbidos sem ser nocivo ao organismo. Nisso se apoiava nas teses de vários higienistas que consideravam que se o ozônio fosse compatível com o estado normal do organismo, não seriam destruídos os germes, e se chegasse a destruí-los, produziria pelo menos irritação das vias respiratórias. Em síntese, para Sousa Lima se o ozônio podia evitar algumas doenças, era capaz também de provocar a aparição de outras, ou imprimir-lhes um caráter mais grave. Em relação ao uso de tubulações para trazer o ozônio das altitudes, Sousa Lima recomendava a Frick a comprovação deste fato, já que se depois dessa enorme travessia por essa extensa tubulação, o ozônio chegasse misturado com outras substâncias e não em estado puro, aquela alternativa seria inútil.

Ao final, o projeto de Frick, que tinha sido recebido com otimismo auspicioso por Azevedo Sodré, não chegou a ser executado. No entanto, o interesse em sanear o ar a ser respirado continuou sendo um tema de suma importância; desta vez referente à atmosfera dos hospitais no Rio de Janeiro.

No interior das salas dos hospitais o bacilo tuberculoso era o causador da maior percentagem de mortes entre a população hospitalar. Um dos primeiros a pesquisar esta realidade foi o médico Francisco Fajardo, ao realizar o exame bacteriológico de mostras obtidas em diferentes peças de instrumental médico e determinados espaços ao interior do *Hospital da Misericórdia*.

Uma vez concluídas suas observações publicou um artigo no qual cunhou uma frase fantástica: *o bacilo da tuberculose não possui o dom da ubiquidade*. Com esta frase

Fajardo pretendia afirmar que o bacilo de Koch não era capaz de estar em vários lugares ao mesmo tempo, mas num só, o escarro tuberculoso. Fajardo estava convencido de que o bacilo de Koch só podia estar presente onde existisse ou tenha existido um tuberculoso; daí que nas enfermarias e domicílios onde existiam tuberculosos, podiam ser encontrados os bacilos. Em qualquer outro lugar onde não tivesse presença de tuberculosos o bacilo de Koch simplesmente não seria encontrado.

Em seu artigo, Fajardo denunciou que no *Hospital da Misericórdia* podia se verificar o hábito altamente anti-higiênico de jogar os doentes no chão, principalmente aqueles em número excedente que chegavam às enfermarias. Muitos destes pacientes eram tuberculosos e lançavam seus escarros diretamente ao chão da enfermaria¹¹⁴.

A preocupação de Fajardo com os escarros jogados pelos tuberculosos estava diretamente relacionada com a teoria médica que naquele momento imperava na medicina ocidental. Os escarros, ao secarem-se no chão, nas roupas dos doentes, camas, móveis, etc. eram recolhidos pelo ar, no momento da varredura, ou sacudidos, e depois absorvidos como poeira pelos pacientes nas salas dos hospitais, nas casas ou inclusive na rua.

Como vimos no primeiro capítulo, esta idéia estava diretamente relacionada com a teoria do médico alemão Cornet, autor da tese de que o veículo principal de contágio era o escarro seco colocado na atmosfera por meio da varredura ou agitação. Esta teoria chegou a dominar a medicina ocidental no final do século XIX e só chegaria ser questionada no início do século XX pelos estudos de outro médico alemão, Carl Flügge.

O objetivo final do estudo de Francisco Fajardo era aconselhar no sentido de que nos hospitais onde se admitiam tuberculosos deveriam ser adotadas medidas que procurassem resguardar o indivíduo do contato perene com o escarro tuberculoso. Fajardo recomendava acatar as conclusões às quais tinha chegado o *Congresso para o estudo da Tuberculose* reunido em Paris; entre aqueles conselhos destacava o isolamento dos tuberculosos, a criação de enfermarias separadas nos hospitais, a desinfecção do ambiente hospitalar e do domicílio dos tuberculosos e, finalmente, a generalização do conhecimento destas regras ou preceitos de higiene entre a população.

Ao dar valor em seu estudo à teoria do contágio em seco, Fajardo estava convencido de que a predisposição era um fato quase nulo ou inclusive de nenhum valor no contágio

¹¹⁴ Fajardo, “O bacilo da tuberculose nas enfermarias de Clinica”, 160.

da tuberculose. Tendo como evidente que era o escarro seco o causador da disseminação da tuberculose, Fajardo sustentava que devia ser proibida a admissão de tuberculosos nas enfermarias gerais, de medicina ou cirurgia. Assim mesmo, devia ser eliminado o uso de escarradeiras com areia ou com qualquer outra substância sólida que rapidamente dessecase os escarros, obrigando o uso de outras substâncias anti-sépticas. Como recomendações finais estavam a lavagem diária das escarradeiras com água, a eliminação de tudo aquilo que tivesse pertencido à cama de um tuberculoso e a proibição da varredura das enfermarias e das ruas da cidade com a vassoura, instrumento que deveria ser substituído pelo uso prévio da água ou do pano úmido.

Aquele estudo de Francisco Fajardo incitou a atenção da SMCRJ. No entanto, entre os médicos que a integravam não houve consenso a respeito de suas recomendações. Por um lado José de Almeida afirmou que embora fossem exatas as observações efetuadas por Fajardo, se deveria encontrar o bacilo da tuberculose em todo o aparelho respiratório e desta maneira o número de tuberculosos devia ser maior entre os indivíduos que eram assistidos freqüentemente no *Hospital da Misericórdia*. Para Almeida a tuberculose não podia ser causada exclusivamente pelo bacilo de Koch, ademais a herança e a predisposição tinham um papel importante.

Pelo contrário, João Barros Barreto considerou os trabalhos de Fajardo como essenciais. Para aquele médico as observações de Fajardo demonstravam que nas enfermarias havia abundância de bacilos tuberculosos. Em clara discordância com Almeida estava convicto de que não era pequeno o número de indivíduos que tinham contraído a tuberculose nas salas dos hospitais nos quais iam procurar a cura de outras doenças. Quanto à herança e à predisposição, Barros Barreto afirmou que estes não eram elementos deterministas, já que em todo caso podiam ser modificados mediante a higiene¹¹⁵.

No parágrafo anterior é possível perceber que a teoria do contágio em seco não gozava de consenso entre os médicos da SMCRJ. Inclusive fora deste espaço acadêmico as idéias relacionadas com a herança, formuladas por Cypriano de Souza Freitas, continuaram obtendo uma importante aceitação no discurso médico brasileiro. Esta

¹¹⁵ Sociedade de Medicina e Cirurgia. “O bacilo da tuberculose nas enfermarias de clinica”, 60.

situação começou a experimentar mudanças radicais quando apareceu uma das obras mais importantes neste primeiro período, a tese doutoral do médico Carlos Seidl.

Carlos Seidl nasceu em novembro de 1867 na cidade de Belém, Estado de Pará. No começo optou por seguir a vida do sacerdócio, mas quando chegou à cidade do Rio de Janeiro em 1886 decidiu ingressar na *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*. Em 1888 foi nomeado interno de cirurgia na *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro*. Completou seus estudos de medicina em janeiro de 1892, e quase de imediato passou a ser diretor do Hospital São Sebastião. Depois de alguns anos de trabalho, durante os quais ganhou experiência na prática médica, Seidl decidiu candidatar-se ao cargo de membro titular na *Academia Nacional de Medicina (ANM)*¹¹⁶ para o qual apresentou um trabalho intitulado *Do isolamento nosocomial: contribuição para ou estudo da prophylaxia defensiva no Rio de Janeiro*, e do qual precisamente nos ocuparemos a seguir¹¹⁷.

Um primeiro conceito importante na tese de Seidl era o de higiene moderna. Para Seidl esta idéia consistia no emprego de meios agressivos com o fim de obter o desaparecimento das doenças evitáveis e a conseqüente diminuição da mortalidade geral. Um dos meios agressivos ao que fazia alusão era o isolamento hospitalar dos indivíduos atacados por doenças infecciosas. Entre aquelas doenças, a tuberculose ocupava um lugar preponderante.

A prática do isolamento hospitalar era um fato irrefutável para Seidl, pois se regia sob os princípios da teoria do germe que teve sua origem nas descobertas científicas de Louis Pasteur e que foram continuadas por uma série de pesquisadores, principalmente alemães e franceses. Segundo Carlos Seidl, a teoria do germe da doença unida às numerosas verificações clínicas e ao desenho de estatísticas organizadas pelos higienistas, não podiam pôr em dúvida que o isolamento hospitalar de verdadeiras e conhecidas

¹¹⁶ A *Academia Nacional de Medicina* foi fundada sob o reinado do imperador Dom Pedro I em 30 de junho de 1829, sob o nome de *Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro*. Em maio de 1835, por decreto imperial, recebeu o nome de *Academia Imperial de Medicina*. Finalmente, desde em 21 de novembro de 1889 se conhece a esta instituição sob o nome de *Academia Nacional de Medicina*. O objetivo desta instituição ao longo de todo este longo período de existência sempre esteve abocado ao estudo, discussão e desenvolvimento em torno da prática médica, da cirurgia e da saúde pública.

¹¹⁷ Para uma maior informação biográfica sobre Carlos Seidl bem como informação sobre a história do Hospital São Sebastião ver Oliveira, *Hospital de São Sebastião (1889-1905)*.

doenças, como a tuberculose, era uma questão de suma importância que se destacava entre as demais disposições que constituíam a profilaxia de defesa¹¹⁸.

Esta idéia de profilaxia de defesa tinha sido exposta numa comunicação apresentada pelos médicos franceses Fauvel e Vallin, no *Congresso Internacional de Higiene*, reunido em Paris em 1878. Naquela oportunidade ambos médicos assinalaram que era uma realidade lamentável o contágio intra-hospitalar gerado pela presença de pacientes numa mesma sala, sem distinção alguma das doenças que os afetavam. Para reverter esta situação era necessária a criação de um hospital dedicado a uma só doença ou a muitas doenças, mas tratadas cada uma em pavilhões independentes. Esta medida permitiria executar um isolamento hospitalar adequado¹¹⁹.

Em sua tese, Seidl reconhecia que a prática da profilaxia de defesa no Brasil era incipiente, quase inexistente. Para ele, o fato de que o Brasil fosse uma nação jovem não era razão para que as reformas apontadas pela higiene agressiva demorassem demasiadamente a realizar-se. Pelo contrário, era urgente organizar convenientemente a profilaxia de defesa, sem temor dos indispensáveis gastos econômicos que demandaria.

A razão para a falta de ação por parte da *Directoria de Higiene e Assistência Pública* (organismo subordinado à *Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro*) radicava no regulamento sanitário que esta instituição tinha aprovado. Na parte que se referia à profilaxia das doenças infecto-contagiosas, Seidl o encontrava menos adiantado do que o aprovado para Argentina em 1894, pois neste último, além de contemplar a febre amarela, a cólera, a peste bubônica, o sarampo, a varíola e a difteria, incluía a tuberculose. A tuberculose no Rio de Janeiro não era considerada uma doença cujos indivíduos acometidos deviam ser submetidos a um regime de isolamento, e isto Seidl considerava uma ausência lamentável.

Segundo Seidl, esta ausência se explicava pelo receio de alguns em limitar a liberdade individual. No entanto, para Seidl o bem público era o melhor e mais sólido

¹¹⁸ Seidl, “Do isolamento nosocomial”, 29.

¹¹⁹ No *Congresso Internacional de Higiene de Viena* reunido em 1887 se tornou a tratar deste assunto. Naquela ocasião ficaram estabelecidos os princípios básicos da profilaxia de defesa, isto é: declaração obrigatória das doenças infecciosas, isolamento obrigatório em hospitais especiais de todos os indivíduos portadores de doenças infecciosas e que não podiam ser isolados em seus respectivos domicílios, a presença de um hospital especial ou pavilhões de isolamento em todas as grandes cidades e, os hospitais de isolamento deveriam ter para cada moléstia pavilhões diferentes com material e pessoal próprios. Ver Seidl, “Do isolamento nosocomial”, 31-33.

apoio da liberdade individual. Não incluir a tuberculose no regulamento sanitário era caminhar na contramão das numerosas evidências científicas relativas ao contágio daquela doença. Ademais, no Rio de Janeiro não só a tuberculose estava ausente do grupo das doenças de notificação compulsória, como também, os afetados por este mal não tinham o devido tratamento hospitalar especial. Para Seidl, por não existir a notificação obrigatória não era possível executar uma adequada desinfecção¹²⁰.

Carlos Seidl compartilhava das idéias que tinha defendido Francisco Fajardo perante os membros da SMCRJ. Seu trabalho, como diretor do *Hospital São Sebastião*, o levou a executar uma série de reformas relacionadas à purificação da atmosfera no interior das salas do hospital que dirigia. Seidl, convicto do preconceito que podia decorrer das particularidades do clima tropical na saúde dos indivíduos, e em concordância com a teoria do contágio em seco, principalmente em relação à adequada ventilação das habitações no Rio de Janeiro, afirmava que ter uma janela fechada era um fato contraproducente e inclusive um “crime” contra a saúde.

A arquitetura do *Hospital São Sebastião* era a de pavilhão¹²¹. Esta atendia às exigências da teoria do contágio formuladas pela microbiologia, e que enfatizava a esterilidade do ambiente no interior do hospital. Nesse sentido uma das principais preocupações dos médicos nos hospitais estava relacionada com a adequada ventilação das salas.

Este tema incitou a atenção de Seidl no hospital que dirigia. Depois de uma série de experiências chegou à conclusão que o melhor sistema de ventilação para obter um ambiente renovado nas salas era o que tinha desenhado o médico militar francês Castaing. Segundo Seidl, este dispositivo tinha a vantagem de oferecer um adequado arejamento dos quartéis e tinha sido aplicado também em enfermarias, dormitórios e escolas. Em definitiva era aplicado em todo lugar onde era necessário oferecer luz em abundância, ar puro em grande quantidade, evitando as correntes de ar¹²².

Este novo sistema consistia na colocação de dois vidros em cada janela. O vidro que se encontrava na parte externa não devia chocar com a parte inferior da janela; por sua vez

¹²⁰ Seidl, “Do isolamento nosocomial”, 53.

¹²¹ O modelo de hospital – pavilhão surgiu no século XVIII e durou até finais do século XIX. Caracterizou-se por uma série de edificações isoladas as quais tinham funções específicas. Ver Bittencourt, *Peste branca – arquitetura branca*, 81.

¹²² Seidl, “Novo systema de ventilação”, 345.

o vidro interno não devia tocar a parte superior da mesma ficando afastado dela por 4 centímetros, e devendo existir uma separação entre ambos vidros de 8 a 10 milímetros. A idéia de Castaing, para que se efetuasse um adequado arejamento da habitação, consistia em que o ar frio do exterior, penetrasse pela abertura inferior e entrasse em contato com o vidro interno mais quente por encontrar-se este sob a influência do ar da habitação. Finalmente, o ar ingressava pela abertura superior para o interior da sala ou enfermaria.

Seidl se encarregou de implantar este dispositivo no Hospital São Sebastião, mas lhe adicionou algumas modificações. Abriam-se espaços necessários nas paredes da enfermaria, de tal maneira que a distância entre os vidros e as dimensões das aberturas também fossem aumentadas. Em lugar de utilizar só vidros claros, como fazia Castaing, Seidl utilizou vidros azuis e exteriormente vidros opacos; desta forma pretendia aumentar a claridade no interior da enfermaria. Para Seidl, este modelo de ventilação era ideal porque se conseguia o desejado arejamento da sala sem a presença de correntes de ar. A partir desse momento se converteu em defensor daquele dispositivo indicando que devia merecer a atenção dos médicos higienistas e engenheiros sanitários brasileiros.

Este primeiro período culminou com um importante estudo publicado por Victor Godinho, diretor da *Revista Médica de São Paulo*, sobre a profilaxia da tuberculose. Este trabalho recolhia as idéias de Fajardo e Seidl sobre o isolamento dos tuberculosos e influenciou decididamente nos estudos posteriores que foram produzidos no Rio de Janeiro.

Para Godinho, a tuberculose pulmonar era uma doença sempre adquirida por contágio. Não se tratava de uma doença hereditária como anteriormente o sustentava Freitas; em todo caso o filho de um tuberculoso educado nos princípios mais essenciais de higiene nunca chegaria a sofrer do mal paterno. No máximo receberia com a herança uma predisposição para a tuberculose, mas não o bacilo tuberculoso em si¹²³.

Godinho deixava bem claro que a tuberculose era produzida exclusivamente pelo bacilo de Koch, um micróbio que estava presente principalmente nos escarros, saliva, fezes e urina dos acometidos por esta doença infecciosa. Em aliança com a teoria do contágio em seco sustentava que na grande maioria dos casos a tuberculose era adquirida

¹²³ Godinho, *Tuberculose*, 102-104.

ao respirar ar que continha os bacilos, liberados pelo tuberculoso através do escarro, o qual seco e pulverizado era posteriormente levado pelo ar com a varredura.

No entanto, a importância do trabalho de Godinho residiu no fato de compendiar todas aquelas evidências científicas, que até aquele momento tinham chegado à medicina européia, sobre o contágio da tuberculose através da ingestão de leite e carne de animais contaminados por esta doença. Precisamente, um de seus principais conselhos se baseava na rigorosa fiscalização sanitária dos estábulos e matadouros, na prática de análise às vacas leiteiras mediante a tuberculina e na eliminação dos animais mortos por tuberculosos, os mesmos que não deveriam ser destinados para o consumo humano.

Para Victor Godinho, a tuberculose era uma doença que tratada a tempo podia ser curável; mais do que isso, podia ser uma doença evitável somente se fossem seguidas as normas estritas de higiene. Foi este último ponto que chegaria a atingir um importante desenvolvimento a partir do século XX na cidade do Rio de Janeiro através das ações de uma instituição filantrópica.

3.2 A Liga Brasileira contra a Tuberculose.

O impacto que tinha a tuberculose na cidade do Rio de Janeiro era considerável. Esta doença se localizava entre as que tinham maior incidência na taxa de mortalidade. No entanto, o poder público pouco fazia para reverter tal realidade. Frente a esta falta de ação restou a iniciativa particular.

Em 7 de outubro de 1899, colegas e amigos do médico Hilário Soares de Gouvêa, aproveitando sua volta depois de um longo período em Europa, promoveram uma reunião em sua homenagem na qual se ressaltou a grave situação da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro e a necessidade de executar medidas através de uma instituição específica que se dedicasse ao combate daquela terrível doença infecciosa. Dias depois, o próprio Hilário Soares de Gouvêa organizou uma reunião na ANM onde aquela proposta foi aprovada. Imediatamente depois se formou uma comissão que se dedicou à redação dos estatutos e a estruturar a futura instituição¹²⁴.

¹²⁴ *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil 1832-1930*. Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz. <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/>

Em 4 de julho de 1900 foi elaborada o ata de fundação da que se chamaria a partir daquele momento de Liga Brasileira Contra a Tuberculose (LBCT)¹²⁵. Posteriormente, em 4 de agosto se instalou oficialmente a instituição numa cerimônia solene na ANM. Ao longo das duas primeiras décadas do século XX a LBCT foi a única instituição que teve uma participação direta e ativa na questão da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro¹²⁶.

A primeira idéia que se deve ter em consideração é que a LBCT recolheu as abordagens sobre tuberculose apresentadas no *IV Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia* celebrado na cidade do Rio de Janeiro em 1899. Entre estas medidas se destacava a fundação de sanatórios como ferramenta básica para a aplicação do tratamento higiênico-dietético. O próprio Congresso tinha feito um chamado às fábricas para que facilitassem a construção destes estabelecimentos sanitários mediante a criação de caixas de poupança¹²⁷. Segundo as conclusões do Congresso, os sanatórios constituíam uma medida eficaz para impedir a difusão da tuberculose¹²⁸.

No entanto, os médicos reunidos no *IV Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia* tinham reconhecido que a criação de sanatórios era uma medida que podia demorar algum tempo para ser implantada, principalmente por que para a construção e manutenção destes se demandava fortes somas de dinheiro. Frente a esta realidade concordaram que ante a falta de sanatórios a medida urgente era o isolamento dos tuberculosos nos hospitais, recebidos em salas especiais e higiênicas, onde estivessem presentes todos os elementos básicos para executar uma desinfecção rigorosa.

Sobre o tema da desinfecção os médicos reunidos naquele congresso não duvidaram que o escarro seco era, por excelência, o veículo de contágio da tuberculose. A herança, entendida sob o termo da predisposição, cumpria um papel relativo no desenvolvimento da

¹²⁵ Desde 1936 esta instituição leva o nome de Fundação Ataulpho de Paiva. Os diretores da LBCT foram os seguintes: Cypriano Freitas (fundador), João Baptista dos Santos, Visconde de Ibituruma (06 de setembro de 1900 – 26 de dezembro de 1901); Azevedo Lima (26 de dezembro de 1901 – 02 de julho de 1912); Ataulpho de Paiva (10 de julho de 1912 – 26 de agosto de 1913); Ismael da Rocha (26 de agosto de 1913 – 15 de janeiro de 1914); Alfredo Nascimento (06 de março de 1914 – 05 de maio de 1915); Carlos Seidl (05 de maio de 1915 – 27 de agosto de 1919).

¹²⁶ Foi recém na década de 1920 que o governo federal criou a *Inspectoria de Profilaxia da Tuberculose*, um órgão subordinado ao *Departamento Nacional de Saúde*, o mesmo que chegou a fundar alguns dispensários para prevenir a enfermidade na cidade.

¹²⁷ Abreu, “4to Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia”. O congresso igualmente recomendou a prática do exame médico a todos os funcionários nas fábricas. Assim mesmo, estabeleceu que se devia dar prioridade aos tipógrafos por estar mais expostos ao contágio da tuberculose devido às condições que lhes exigia seu ofício.

¹²⁸ Nascimento, *Fundação Ataulpho de Paiva*, 30.

doença. Eram as secreções do tuberculoso as que deviam ser temidas e estar sujeitas a rigorosas medidas de desinfecção¹²⁹.

Por essa razão é que se fincou pé na promoção de uma campanha de educação higiênica através de cartazes colocados em lugares públicos, os quais deviam indicar claramente todas as medidas higiênicas contra a tuberculose. Entre estas medidas se destacavam as de não cuspir no chão, a substituição da varredura das ruas por abundantes lavagens prévias com água, o uso de panos úmidos para a limpeza ao interior das casas, a desinfecção de todos os objetos pertencentes a um tuberculoso e, finalmente, que em todos os estabelecimentos públicos e privados se estimulasse o uso das escarradeiras, ferramenta considerada como uma medida profilática básica para evitar a disseminação no ar dos bacilos tuberculosos. Algumas disposições complementares estiveram relacionadas com a fiscalização da alimentação, o afastamento dos tuberculosos daqueles indivíduos com predisposição a contrair a doença e a notificação obrigatória dos casos de tuberculose¹³⁰.

Algumas destas idéias formuladas no *IV Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia* podemos perceber numa passagem do artigo publicado pelo médico Cypriano de Freitas, vinculado à LBCT, onde afirmava que:

*... baseados em princípios cientificamente estabelecidos, vamos tentar ensinar aos doentes a não infeccionar aos sãos e a não infeccionarse a se mesmos; vamos tentar oferecer aos doentes o único tratamento racional para tão cruel moléstia, o tratamento pelos sanatórios (higiênico-dietético).*¹³¹

Assim mesmo, nesta passagem é possível apreciar que algumas de suas idéias sobre a herança da tuberculose na natureza da tuberculose tinham mudado depois das conclusões daquele Congresso; agora sustentava que a herança da semente tuberculosa era praticamente rara no ser humano. Para ele, a tuberculose atacava todas as raças, estava em todos os climas¹³².

Para atingir um bom conhecimento das idéias e práticas médicas desenvolvidas e executadas pela LBCT consideramos que é essencial revisar duas fontes em particular.

¹²⁹ Abreu, “4to Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia”.

¹³⁰ Abreu, “4to Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia”.

¹³¹ Freitas, “Liga brasileira contra a tuberculose”, 333.

¹³² Freitas, “Liga brasileira contra a tuberculose”, 333.

Em primeiro lugar está o artigo *Conselhos ao publico*. Trata-se de um artigo que foi publicado pelos médicos membros da LBCT em *O Brasil Médico*. Neste artigo se difundia propaganda preventiva e profilática contra a tuberculose, a mesma que estava dirigida ao público em geral. Os princípios que recolhia a Liga nesta publicação eram igualmente frutos das conclusões às que tinha chegado o *IV Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia* e o trabalho de Víctor Godinho. Portanto, aqui podemos identificar já consolidadas algumas das seguintes idéias:

A tuberculose é uma doença virulenta, transmissível, contagiosa, produzida por um micróbio, o bacilo de Koch.

A tuberculose pode ser transmitida não só pelas pessoas senão também pelos animais domésticos, especialmente os bovinos.

Dois fatores indispensáveis determinam a aparição da tuberculose: a receptibilidade do organismo e a penetração deste pelo agente virulento.

*Todas as condições que debilitam o organismo favorecem o desenvolvimento da tuberculose, por exemplo alimentação deficiente, alcoolismo, excessos de todo tipo, respiração de um ar confinado e viciado, bem como algumas doenças.*¹³³

No entanto, uma de suas indicações é a que nos chama fortemente a atenção. Conquanto a LBCT considerasse que o meio mais comum de contrair a tuberculose era mediante a inalação do ar que podia conter o pó proveniente da dessecação de secreções e excreções dos tuberculosos, especialmente dos escarros; também assinalava que esta doença podia ser transmitida através de pequenas gotas de líquido que o doente emitia ao falar, tossir ou espirrar.

Resulta importante destacar este tema, pois comprova que não só estava presente o perigo do escarro seco; agora se incluía em igualdade de condições às gotas de saliva que o tuberculoso emitia ao relacionar-se com outras pessoas. Isto último estava em direta relação com uma nova teoria médica que tinha sido formulada na Europa: a do contágio úmido formulada por Carl Flügge¹³⁴.

¹³³ Liga Brasileira contra a Tuberculose. “Conselhos ao publico”, 135-136.

¹³⁴ Ver o primeiro capítulo desta dissertação, páginas 9-10.

Num fantástico artigo, o médico Plácido Barbosa, vinculado à LBCT, ocupou-se da importância das teorias de Flügge as quais considerava como complementares das de Cornet. Segundo Barbosa, Flügge não negava que o pó de escarros secos fosse capaz de propagar a infecção tuberculosa, como também negava o papel predominante que até então havia sido atribuído a esta forma de contágio. A disseminação da tuberculose pelo pó dos escarros secos, conquanto fosse uma verdade científica, não tinha a importância e extensão geralmente admitida¹³⁵.

Para Barbosa, se o contágio pelo pó dos escarros secos fosse tão rápido e simples, seria incompatível o número de tuberculosos, tendo em vista a quantidade de escarros bacilíferos que despejavam sem parar os acometidos por esta doença. Em clara simpatia com as idéias de Flügge, Barbosa sustentava que o tuberculoso além de cuspir também tossia, ria, espirrava, falava e bocejava, atividades físicas através das quais emitia os bacilos tuberculosos. Portanto, era dever da medicina considerar esses outros fluidos corporais como perigosos em matéria de profilaxia antituberculosa¹³⁶.

Como mencionamos no primeiro capítulo, as doutrinas de Flügge não eram contrárias das noções já aceitas e aplicadas em matéria de contágio e profilaxia da tuberculose; no entanto, na prática as modificaram profundamente. A partir desse momento o maior perigo estava na proximidade do tuberculoso e não exclusivamente nos lugares em do que vivia ou freqüentava. Assim mesmo, o papel da escarradeira passava a ter um papel praticamente nulo, pois a partir das idéias de Flügge, além da presença da escarradeira era necessária a interceptação das gotas bacilíferas. Numa frase genial Barbosa nos diz que se sob as idéias de Cornet o lenço era condenado, sob os novos princípios estabelecidos por Flügge esta ferramenta era totalmente aconselhável¹³⁷.

Em seu artigo, Barbosa concluiu que mediante a doutrina de Flügge tinha ficado estabelecido o contágio na proximidade do doente, entrando em ação o isolamento obrigatório, como ocorria com outras doenças infecciosas como a varíola, a peste ou a lepra.

¹³⁵ Barbosa, “A propagação e a prophylaxia da tuberculose”, 2-3.

¹³⁶ Barbosa, “A propagação e a prophylaxia da tuberculose”, 3.

¹³⁷ Barbosa, “A propagação e a prophylaxia da tuberculose”, 4.

Outra das fontes privilegiadas para apreciar as idéias e práticas que os médicos vinculados à LBCT se encarregaram de difundir está concentrada nas *Conferências Públicas* que esta instituição ofereceu.

O propósito das *Conferências Públicas* era vulgarizar e difundir os princípios básicos de higiene e profilaxia antituberculosa entre a população do Rio de Janeiro. A Liga prestou maior atenção àqueles espaços onde existia contato próximo e constante entre as pessoas, sobretudo nas fábricas. O médico Cypriano de Souza Freitas foi quem iniciou estas conferências, as quais foram continuadas pelos médicos Horacio Guimarães, Alexandre Marcelino Bayma, Rocha Faria, Publio de Mello, Ismael da Rocha, Carlos Seidl e Theophilo Torres¹³⁸.

A idéia central nas conferências era a seguinte: resultava ser bem mais fácil prevenir do que curar a tuberculose. Consideramos que uma das mais ilustrativas foi a conferência oferecida por Rocha Faria na *Fábrica Aliança*. Numa passagem da conferência, Rocha Faria dizia:

*A tuberculose é uma doença curável e evitável; poderá assim este empenho ser coroado de sucesso, mas para isso é necessário o concurso de todos, principalmente o vosso, que é o concurso dos operários. Portanto, quero que os funcionários se convençam de que para reduzir a tuberculose o auxílio de vocês é necessário. E, para saber como vocês devem auxiliar-nos, é que eu aqui venho trazer-lhes alguns conselhos.*¹³⁹

Os conselhos partilhados por Rocha Faria com os trabalhadores da *Fábrica Aliança*, nesta ocasião, estavam incluídos na publicação *Conselhos ao publico*. Fincou pé em medidas como não cuspir no chão, o uso correto das escarradeiras, habitar numa casa arejada, não dormir no mesmo quarto com um tuberculoso, sempre beber o leite fervido e consumir carne bem cozida ou assada.

No entanto, uma de suas passagens foi representativa em termos do exercício de uma comunicação horizontal, tratando de utilizar a mesma linguagem dos trabalhadores:

O operário que durante o dia trabalha 8 ou 10 horas, por exemplo, não deve na noite ir para as orgias... agora inclusive tenho dois ébrios em minha

¹³⁸ Ribeiro, *Fundação Ataulpho de Paiva*, 34.

¹³⁹ Rocha Faria, “A lucta contra a tuberculose”, 479.

*enfermaria morrendo de tuberculose; o hábito de matar o bicho é mau, porque o bicho nunca morre, quem morre é o indivíduo.*¹⁴⁰

O maior interesse da LBCT sempre esteve na construção de um sanatório. O lugar que chegou a chamar a atenção da Liga foram os terrenos localizados à margem da via férrea que unia os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, situados especificamente na Serra da Mantiqueira, entre os estados de São Paulo e Minas Gerais, os quais tinham sido oferecidos à Liga pelos fazendeiros Antonio Celestino dos Santos, João Baptista de Freitas Novaes e Antonio Conde para a fundação de um sanatório destinado ao tratamento dos tuberculosos pobres¹⁴¹.

Com o fim de verificar as condições destes terrenos a Liga constituiu uma comissão médica, a qual era integrada por Fernândes Pinheiro, Horacio de Almeida Guimarães e Ismael da Rocha. A Comissão partiu do Rio de Janeiro por trem em 27 de junho de 1901. Acompanharam esta Comissão, Azevedo Lima (Secretário Geral da LBCT), Bulhões de Carvalho (Redator de *O Brazil Médico*), Félix Pacheco (representante do *Jornal do Commercio*) e Licio Barbosa (representante do diário *O Paiz*). Os membros da Comissão retornaram ao Rio de Janeiro em 29 de junho e depois de uns dias apresentaram um relatório sobre as atividades da expedição o mesmo que a LBCT aprovou.

A Comissão relatava que ao longo de sua viagem tiveram a ocasião de deter-se para avaliar um local que estava situado próximo da estação do Perequê, distante 15 quilômetros da estação do Cruceiro, trajeto que a via férrea percorria habitualmente em meia hora, com uma inclinação de 3 graus e com a altitude de 810 metros sobre o nível do mar. Naquela zona identificaram um pequeno planalto, cercado de florestas de variada vegetação, olhando ao vale do Paraíba, cujo panorama foi qualificado como bastante agradável.

O terreno era absorvente, possuía mais de uma nascente, passando ao lado o rio Perequê. O ar respirado estava isento de pó atmosférico. No entanto, a posição do terreno ao estar protegido das correntes aéreas por uma montanha, detinha o vapor de água nas primeiras horas da manhã, não se beneficiando senão depois de algumas horas da

¹⁴⁰ Rocha Faria, “A lucta contra a tuberculose”, 480.

¹⁴¹ Rocha, “Sanatório para tuberculosos”, 258-259.

influência direta do sol, o que estabelecia uma cifra higrométrica que não chegava a satisfazer às condições desejadas de *secura*.

Outro ponto que a Comissão avaliou foi um planalto a 1,050 metros sobre o nível do mar e a 350 metros sobre o Cruceiro, do qual distava 24 quilômetros, distância esta que o trem o percorreria numa hora. Esse lugar era conhecido sob o nome de Túnel Grande, devido ao túnel que nesse ponto perfurava a montanha, comunicando o Estado de São Paulo ao de Minas Gerais. Naquele lugar tinha abundância de água de excelente qualidade, bem como numerosas nascentes. O terreno era seco e o ar bastante oxigenado, muito puro, conferindo a esse lugar condiciones excepcionais de salubridade. Aquele lugar ainda exposto à brisa da manhã, era protegido dos ventos fortes pelas montanhas circundantes. Finalmente, a Comissão não encontrou variações barométricas, pelo que o lugar possuía uma adequada estabilidade térmica durante as estações.

Neste relatório, redigido por Ismael da Rocha, era possível identificar a presença de argumentos próprios da Climatoterapia, disciplina médica que destacava os agentes climáticos, tanto atmosféricos como telúricos, ao identificar as zonas geográficas mais apropriadas para o tratamento da doenças.

No entanto, o sanatório da LBCT não chegou a ser implantado. Pelo contrário, foi somente em 1902 que se inaugurou o primeiro dispensário antituberculoso desta instituição. Este estabelecimento, a partir de 1907 levaria o nome de um de seus fundadores, o médico Azevedo Lima. Alguns anos depois, o trabalho do *Dispensário Azevedo Lima* foi complementado com a criação do segundo dispensário da LBCT, o qual foi batizado sob o nome de *Dispensário Viscondessa de Moraes* em 1911.

Azevedo Lima estava convencido que a tuberculose atacava principalmente os pobres, porque viviam em casas sujas e insalubres, possuíam uma nutrição deficiente, e eram vítimas do alcoolismo e do trabalho excessivo, etc¹⁴². Frente a esta situação, o dispensário da Liga viria a oferecer assistência educativa e higiênica à população fluminense.

Foi no marco do *IV Congresso Médico Latino Americano* desenvolvido no Rio de Janeiro em 1909 que Azevedo Lima expôs o perfil que deveria ter todo dispensário. Como

¹⁴² Sheppard, “A literatura médica brasileira”, 175.

se sabia, este estabelecimento sanitário foi desenhado por Robert Philip, em Edimburgo (Escócia), com a criação do *Victoria Dispensary for Consumption*.

Sob este modelo, o dispensário funcionava como órgão de assistência e de profilaxia, tentando atrair aos doentes para serem examinados e, depois, proceder ao exame bacteriológico dos escarros. Assim mesmo, os tuberculosos e suas famílias eram instruídos sobre os perigos da infecção e os meios de preveni-la. Finalmente, este modelo de dispensário oferecia os medicamentos necessários, escarradeiras, desinfetantes e o alimento básico aos mais precisados e desamparados¹⁴³.

A experiência adquirida no dispensário da Liga tinha ensinado a Azevedo Lima que o mais atraente para o doente não era a esperança de receber conselhos higiênico-dietéticos; senão a busca de um remédio, de um tratamento. Portanto, segundo Azevedo Lima, para reter o tuberculoso com fins profiláticos, era preciso medicá-lo e brindar-lhe apoio alimentar.

No entanto, para Azevedo Lima o dispensário não estava destinado para o tratamento individual senão especialmente para a educação e assistência simultânea dos doentes e de suas famílias. Isto é, o dispensário obedecia a propósitos de ordem social; centralizava seus esforços para atrasar a extensão do mal, bem como a eliminação de seus focos infecciosos, pondo em contribuição todos os meios capazes de evitá-lo e preveni-lo¹⁴⁴.

Os dispensários da LBCT foram organizados sob o modelo de preventório desenhado pelo médico francês Albert Calmette. Isto é, o dispensário estava organizado com o fim de atrair aos tuberculosos e suas famílias, com o fim de impor uma vigilância contínua, a mesma que incluísse assistência profilática e educação higiênica. Igualmente, seria fornecido tratamento higiênico-dietético.

No entanto, a primeira impressão que podemos ter é que o tratamento higiênico-dietético gozou de um consenso total entre os médicos brasileiros. No entanto isto não é exato. Conquanto todos reconhecessem que a ação combinada de ar puro, repouso e superalimentação era o único tratamento que inspirava confiança contra a tuberculose houve um médico que questionou as ações relacionadas com a superalimentação, referimo-nos a João Candido.

¹⁴³ Azevedo Lima, “Da assistência aos doentes”, 355.

¹⁴⁴ Azevedo Lima, “Da assistência a os doentes”, 355.

Candido sustentava que apesar de ser o tuberculoso a expressão material de uma decadência do indivíduo, decadência resultante de perturbações nutritivas, protestava contra o emprego da superalimentação, aconselhada e até imposta pelo médico com o fim de combater eficazmente a tuberculose.

Baseando-se em lições de Clínica e nos ensinamentos da fisiologia e da patologia, Candido considerava que desde o ponto de vista da quantidade, a alimentação podia ter quatro tipos: inanição, insuficiente, suficiente e excessiva. No terceiro grupo encontrava-se o que os médicos reconheciam com o termo de superalimentação.

Num discurso pronunciado na ANM em 23 de maio de 1901, Candido negou à prática da superalimentação qualquer benefício real e duradouro para os tuberculosos. Fazendo um retrospecto histórico sobre a prática deste método, desde as propostas de Hermann Brehmer, passando pelas experiências de Daremberg e Devobe, este último criador do tubo de Faugher em 1878 para a alimentação artificial do paciente, concluiu que todos aqueles médicos perseguiram um mesmo objetivo, aumentar o peso do tuberculoso. Seu interesse naquela ocasião era provar que o regime dietético era impraticável, ineficaz e inclusive nocivo¹⁴⁵.

Considerava que a superalimentação era impraticável devido à anorexia e à rejeição dos alimentos por parte dos tuberculosos. Este era um traço característico da doença. Em seu discurso afirmou que a prática da superalimentação não podia ser aplicada pela grande sensibilidade do doente. Qualificou de absurda e cruel a ação de introduzir um tubo na garganta do tuberculoso (tubo de Faugher) para verter através deste os alimentos.

Por sua vez, o método era ineficaz porque a aparência de grande robustez que apresentava o tuberculoso superalimentado era devida unicamente ao aumento do tecido adiposo e não à densidade dos tecidos ou à resistência da fibra muscular. Tratava-se de um excesso de gordura e não da presença de músculo firme e sólido como se desejava; era a manifesta incompatibilidade entre o vigor aparente ou peso e a tuberculose. Com esta afirmação ficava claro que para Candido a tuberculose era uma doença que podia existir inclusive num indivíduo gordo.

Finalmente, o método da superalimentação era nocivo porque ocasionava sérias perturbações de indigestão ou dispepsia aguda, que eram seguidas por uma série de

¹⁴⁵ Candido, “A superalimentação na tuberculose pulmonar”, 202.

acidentes que podiam desencadear na morte do indivíduo. Segundo Candido, quando a alimentação era excessiva, o suco gástrico não era capaz de exercer convenientemente sua ação e as substâncias ingeridas atuavam como um corpo estranho, servindo de caldo para os micróbios; depois, expulsos pelo vômito, percorriam o tubo gástrico, provocando cólicos, lesões e inclusive diarréias¹⁴⁶.

A conclusão à que chegava João Candido era que o tratamento higiênico-dietético devia ser entendido como a ação conjunta do repouso absoluto, o ar puro e a alimentação suficiente. O objetivo não era engordar ao paciente, pois o aspecto roliço de um indivíduo não supunha que estivesse isento de contrair e desenvolver a tuberculose. Para vencer esta endemia crônica era necessária a educação antituberculosa da população, e por isso via como proveitosa a ação da LBCT. Ao final de sua exposição os membros presentes da ANM concordaram com suas idéias¹⁴⁷.

Como pudemos perceber nesta seção as atividades da LBCT compensaram a inatividade do poder público no relacionado ao combate da tuberculose no Rio de Janeiro. Foi logo em 1907 que uma proposta pública captou a atenção das autoridades sanitárias, não só por estar em concordância com as idéias relativas à profilaxia da tuberculose senão, principalmente, pelo autor da mesma¹⁴⁸.

3.3 O projeto de Oswaldo Cruz.

Oswaldo Gonçalves Cruz foi um bacteriologista e sanitarista brasileiro, pioneiro no estudo das doenças tropicais e da medicina experimental no Brasil. Formou-se na *Faculdade de Medicina de Rio de Janeiro* concluindo seus estudos em 1892. Posteriormente, em 1896 viajou para a França onde continuou sua formação médica no *Instituto Pasteur de Paris*, sendo discípulo de Emile Roux, diretor do centro naquela

¹⁴⁶ Candido, “A superalimentação na tuberculose pulmonar”, 203.

¹⁴⁷ Candido, “A tuberculose pulmonar”, 221-223. Segundo nos indica o próprio João Candido, foi num Congresso sobre tuberculose reunido em Berlim que se tratou este tema. A partir desse momento os médicos se teriam inclinado mais pela alimentação racional e apropriada, e só em casos prescritos a aplicação da superalimentação. Não tivemos ocasião de confirmar a data de tal Congresso, no entanto, deixamos constância da referência feita pelo referido médico.

¹⁴⁸ Uma das isoladas atividades que se executaram desde o poder público foi a publicação de *Conselhos contra a tuberculose*, texto emitido pela *Diretória Geral de Saúde Pública* em 1903 e que recolhia os conselhos da LBCT relativos à profilaxia da tuberculose, adicionando no último parágrafo a recomendação relacionada com a desinfecção da casa que tivesse sido habitada por um tuberculoso, medida que a população podia solicitar à própria Diretoria. Para maior informação ver *Diretória Geral de Saúde Pública*, “Conselhos contra a tuberculose”, 217.

época. Uma vez concluída sua formação regressou ao Brasil e imediatamente demonstrou suas qualidades de sanitarista ao organizar eficazmente o combate à epidemia de peste bubônica no porto de Santos em 1899.

Depois do sucesso da campanha contra a peste, Cruz recomendou ao governo federal que devia existir uma instituição no território brasileiro capaz de produzir o soro específico contra esta doença, para não ser mais necessário importá-lo. Sua proposta foi escutada pelo então inaugurado, em 1900, o *Instituto Seroterápico Federal* do qual chegaria a ser diretor a partir de 1902. Anos depois foi designado para que assumisse a *Diretoria Geral de Saúde Pública*, quando coordenou, de forma exitosa, a campanha de erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro.

Oswaldo Cruz ao examinar minuciosamente os fatores constitutivos da curva das chamadas doenças evitáveis, pôde apreciar que quase todas tinham sofrido uma sensível diminuição; no entanto, a tuberculose permanecia inalterada. O sucesso que tinha atingido como sanitarista o levou a propor em 1907 um projeto ao Governo Federal com o fim de enfrentar a tuberculose no Rio de Janeiro. O projeto que desenhou significou a primeira tentativa séria, por parte do aparelho estatal, de combate à tuberculose na capital federal.

Segundo Oswaldo Cruz, a tuberculose continuava acabando com a vida de muitos indivíduos, que se encontravam na fase de maior atividade produtiva. Esta situação seguia inalterável porque até aquele momento não tinha sido executada a profilaxia específica desta doença. Cruz considerava que o meio mais idôneo para combater uma doença infecciosa, como a tuberculose, era a implantação de medidas de salubridade pública que anulassem suas causas produtoras. Cruz dividia estas causas produtoras em dois grandes grupos: determinantes e predisponentes¹⁴⁹.

A causa determinante por excelência da tuberculose era o bacilo específico, o bacilo de Koch. Por sua vez, as causas predisponentes eram todas aquelas que minoravam as resistências naturais que o organismo podia dispor para opor-se à infecção tuberculosa. Entre estas últimas, Cruz dava uma maior relevância ao arejamento e iluminação dos domicílios, a aglomeração de indivíduos nas habitações, a oscilação da atmosfera domiciliária, a deficiência da alimentação, as predisposições hereditárias e o esgotamento tanto físico como moral.

¹⁴⁹ Cruz, “Prophylaxia da tuberculose”, 241.

Ao identificar as causas tanto determinantes, como predisponentes, Cruz sustentou que a profilaxia da tuberculose só podia ser executada através de duas vias: a profilaxia direta ou indireta. A profilaxia direta tinha como propósito central lutar contra a causa determinante, isto é consistia na eliminação absoluta do bacilo tuberculoso. Dentro desta via profilática Cruz afirmava que sem o bacilo de Koch não havia tuberculose. Certamente, este era o modelo que a bacteriologia e a teoria do germe consideravam como o mais adequado para combater qualquer agente infeccioso. A luta contra o bacilo constituía o elemento primordial no extermínio da tuberculose. Segundo Cruz, ao final poderiam existir indivíduos predispostos, mas não tuberculosos¹⁵⁰.

Pelo contrário, a profilaxia indireta se concentrava no trabalho do higienista que tentava fortalecer as forças antagônicas que entravam em jogo no mecanismo produtor da infecção. O higienista pretendia levantar e exaltar as forças naturais de defesa orgânica do corpo para que desta maneira o bacilo fosse aniquilado e a infecção não se estabelecesse. Portanto, o médico colocaria ênfase maiúscula na presença de habitações higiênicas, na alimentação abundante, na proibição do trabalho infantil nas fábricas, e o afastamento de todos os esgotamentos orgânicos, fossem estes de causas higiênicas, físicas ou morais.

No entanto, Oswaldo Cruz considerava que se este último caminho fosse aplicado de modo excludente, resultaria de todo ineficaz e mais ainda perigoso. A profilaxia indireta, ao ser excludente da profilaxia direta deixava livre ao bacilo tuberculoso. Daí que Cruz se inclinou em desenhar um projeto que fosse capaz de combinar ambas as vias profiláticas. A esta terceira via lhe deu o nome de profilaxia mista.

O projeto de profilaxia mista tinha três grandes eixos. Em primeiro lugar era necessário adquirir um conhecimento cabal de todos os focos infectantes de tuberculose, fossem humanos ou animais. Em segundo lugar, este conhecimento devia estar acompanhado pela notificação obrigatória de todos os casos de tuberculose na cidade do Rio de Janeiro¹⁵¹. Finalmente, devia-se classificar o homem tuberculoso em dois grandes grupos: podia ser tuberculoso infectante, quando os bacilos de Koch se exteriorizavam; ou tuberculoso não infectante, quando afetado pela tuberculose os bacilos permaneciam enclaustrados nos tecidos onde se achavam imobilizados.

¹⁵⁰ Cruz, “Prophylaxia da tuberculose”, 243.

¹⁵¹ Cruz considerava que esta era a medida chave, a mesma que seria complementada com a identificação de todos os animais tuberculosos.

Para Cruz, o tuberculoso infectante podia ser válido ou inválido. Os tuberculosos infectantes válidos deveriam ser tratados e educados nos sanatórios ou em seus próprios lares sob a imediata e contínua fiscalização das autoridades sanitárias. Através da educação higiênica, o enfermo devia aprender a não ser nocivo tanto para si mesmo como para o resto da população. Oswaldo Cruz considerava que a única maneira de executar adequadamente esta educação higiênica era mediante a separação absoluta do doente de seu imediato meio social. Estabelecimentos sanitários especializados como os Sanatórios deviam ser instalados e neles serem distribuídos os tuberculosos segundo as formas clínicas de sua infecção. Por outro lado, os tuberculosos inválidos eram aqueles cujo índice de curabilidade era muito menor do que dos daqueles que deviam ser colocados nos hospitais especiais, afastados o mais possível das enfermarias gerais, onde seriam tratados, isolados e sob a vigilância contínua dos médicos¹⁵².

Finalmente, o tuberculoso não infectante era aquele que deveria ser colocado sob a vigilância sanitária, a mesma que devia educar-lhe segundo as normas de higiene pessoal e pública que lhe permitissem atingir a cura. Esta educação podia ser efetuada nos próprios domicílios.

Para fazer efetivo este programa Oswaldo Cruz considerava necessário implantar algumas medidas cuja realização só podia depender das autoridades governativa e legislativa. A mais importante de todas consistia na modificação e ampliação do Regulamento Sanitário de 1904 através da generalização da notificação obrigatória de todos os casos de tuberculose na cidade capital¹⁵³. Como medidas complementares à notificação obrigatória estava o estabelecimento da fiscalização dos matadouros, a criação da vigilância domiciliária dos tuberculosos, o estabelecimento do serviço de profilaxia dos escarros com as respectivas instalações de escarradeiras e, finalmente, a fiscalização dos estabelecimentos de habitação coletiva, regulamentando a admissão neles¹⁵⁴.

¹⁵² O qualificativo de válido fazia referência a possibilidade de cura que se podia atingir.

¹⁵³ A historiadora Dilene Nascimento nos diz que nas *Instruções da Directoria Geral de Saúde Pública* de 1902 a tuberculose aparece como uma doença de notificação obrigatória; esta medida foi mantida no Regulamento Sanitário de 1904. No entanto, todas estas medidas ainda vigentes, foram na prática totalmente ineficazes. Ver Nascimento, “A doença e o poder público”, 176.

¹⁵⁴ Assim mesmo, sugeriu que o Congresso deveria promulgar leis que tornassem efetivos aqueles serviços, outorgando-lhes os recursos necessários e que ademais facilitassem a aposentadoria dos trabalhadores públicos tuberculosos, a proibição primeiramente no território brasileiro de tuberculosos humanos e/ou animais procedentes do estrangeiro, o seguro obrigatório dos operários das fábricas e, o imposto contra a tuberculose mediante o qual o povo contribuiria com o Governo Federal para a construção de sanatórios e

Como medida final, Oswaldo Cruz sustentou que a direção de todos os serviços relativos à profilaxia da tuberculose deveria ser de iniciativa oficial e entregue à direção exclusiva de um só departamento da administração pública. Em outras palavras, que a direção da campanha contra a tuberculose se concentrasse em sua pessoa.

Como vemos este projeto recolhia as idéias propostas pelas teorias do contágio em seco e do contágio úmido relativas ao perigo que incitavam os tuberculosos. A declaração obrigatória de tuberculose e o isolamento do tuberculoso concordavam na prática perfeitamente com aquelas idéias. Por outro lado, Cruz baseou este projeto em seu sucesso alcançado como sanitarista e num afã bastante favorável para erradicar a mais funesta das doenças na cidade do Rio de Janeiro.

Ao final, este programa nunca chegou a ser realidade. Segundo a historiadora Dilene Nascimento este projeto não chegou a ser implantado por ser de realização bastante problemática já que, como iniciativa do Estado, tudo estava ainda por realizar-se. A prática da notificação obrigatória não era acatada inclusive pelos próprios médicos, devido ao dilema ético que estava envolvido na denúncia da doença de um paciente. Por outro lado, a prática da saúde pública, determinada por interesses nacionais de ordem econômica, não tinha o mais mínimo interesse em melhorar as condições de saúde da população em geral, como exigia o caso específico da luta antituberculosa no Rio de Janeiro¹⁵⁵.

Assim mesmo, o projeto de Cruz recebeu críticas desde a *Academia Nacional de Medicina*, especificamente através do médico Azevedo Sodré que não compartilhava a idéia da notificação obrigatória e menos ainda a do isolamento dos tuberculosos. Como mencionamos na primeira seção deste capítulo, Azevedo Sodré foi um dos primeiros médicos partidários da profilaxia agressiva através da prática de desinfecção do espaço e dos objetos pertencentes aos tuberculosos. Pelo contrário, agora defendia idéias totalmente opostas. Certamente a opinião de Azevedo Sodré influenciou pouco na não realização do projeto de Cruz, mas alguns anos depois geraram uma interessante polêmica com o médico Carlos Seidl da qual nos ocuparemos a seguir.

hospitais especiais. Finalmente, Oswaldo Cruz recomendava aproveitar como sanatório o Lazareto de Ilha Grande e o sanatório construído pelo Ministério de Guerra em Campos do Jordão. Como hospital de isolamento recomendava o uso do Hospital Paula Candido.

¹⁵⁵ Nascimento, “A doença e o poder público ou o poder das doenças”, 178.

3.4 A polêmica entre Azevedo Sodré e Seidl.

Em outubro 1913 a LBCT iniciou uma série de conferências as quais foram realizadas no *Dispensário Azevedo Lima*. Precisamente, na primeira delas, em 11 de outubro, se desenvolveu uma ardorosa polêmica entre os médicos Azevedo Sodré e Carlos Seidl.

O propósito daquelas conferências era convocar, tanto o grêmio médico como as principais autoridades políticas da cidade, para apresentar o real estado da luta antituberculosa na cidade do Rio de Janeiro.

Azevedo Sodré inaugurou as palestras. De imediato qualificou a luta contra a tuberculose como uma verdadeira ação de defesa social. Para este médico a tuberculose constituía um mal social que se tinha vindo agravando com o passar dos anos em razão direta dos progressos da vida urbana, influenciada pelos abusos, os excessos e vícios, a decadência orgânica e a miséria material.

Para Azevedo Sodré em matéria de profilaxia antituberculosa quase tudo estava por fazer-se. Conquanto não desconhecesse os relevantes serviços prestados pela LBCT, afirmava que esta instituição, com os poucos recursos de que dispunha, tinha se limitado praticamente à assistência e à propaganda contra a tuberculose. Para Sodré o principal aporte da LBCT estava no esforço que esta tinha empreendido para atrair o interesse do poder público, da classe médica e da sociedade fluminense para solucionar o grave problema da tuberculose. No entanto, acrescentou que era urgente denunciar que tudo quanto se tinha realizado era quase nada frente à complexidade de fatores que envolvia a tuberculose¹⁵⁶.

Com respeito às autoridades sanitárias afirmou que pouco se tinha realizado e o único que o governo tinha podido desenhar se reduzia do projeto que, em 1907, havia apresentado Oswaldo Cruz, o mesmo que à época o próprio Azevedo Sodré havia criticado, qualificando-o de irrealizável por seu elevado custo econômico para a cidade.

A idéia central destacada em sua conferência foi a de que aqueles postulados, defendidos por Oswaldo Cruz em seu projeto, não tinham sido abandonados pela *Direção Geral de Saúde Pública*. Segundo Azevedo Sodré, se continuava considerando a

¹⁵⁶ Azevedo Sodré, “Lucta antituberculosa”, 439.

declaração obrigatória e a proteção dos alimentos como as pedras angulares da correta profilaxia. Pronunciou tal afirmação em direta alusão ao então encarregado de dirigir a DGSP, o médico Carlos Seidl, presente na conferência.

Em seu discurso, Azevedo Sodré destacou a idéia de que suas opiniões não tinham sofrido modificação alguma desde sua oposição ao projeto de Cruz até aquele momento. Reafirmava-se nelas encontrando ótimos fundamentos nas investigações realizadas pelo médico alemão von Behring, as mesmas que segundo ele tinham modificado completamente o que se referia à contaminação e posterior evolução da tuberculose no organismo¹⁵⁷.

Em sua conferência na LBCT, Azevedo Sodré se manifestou defensor da teoria proposta por von Behring. Sustentou que a tuberculose podia ser comparada ao sarampo, pois nenhum menino lhe escapava. No entanto, se o menino fosse protegido com os maiores cuidados e evitada durante a primeira infância a contaminação na própria casa, este não seria vítima da tuberculose no colégio, o quartel, o escritório, o teatro, o café, etc. Se seu organismo fosse forte e resistente, não permitiria o desenvolvimento dos bacilos tuberculosos. Daí em diante, e durante a vida inteira, deixaria de ser um tuberculoso para tornar-se um simples portador de bacilos, e só voltaria a ser tuberculoso no dia em que sua imunidade se debilitasse, e quando, afetado por causas secundárias, seu organismo não pudesse opor a mesma resistência¹⁵⁸.

Azevedo Sodré considerava que ao eliminar o bacilo de Koch já não teria mais tuberculose; no entanto, a debilidade de muitos indivíduos permitiria que fossem vítimas de outras doenças como a gripe ou a pneumonia. Para ele, a solução estava em fortalecer o organismo contra o contágio e não em destruir ao bacilo, o que naquela época era considerado impossível dado o fracasso com que tinha terminado uma longa série de anti-sépticos.

Ao afastar as causas que debilitavam a resistência orgânica do indivíduo, a tuberculose não desapareceria, mas seus estragos seriam reduzidos a proporções insignificantes. Para Azevedo Sodré, o indivíduo mais robusto e vigoroso oporia maior

¹⁵⁷ Ver o primeiro capítulo da presente dissertação.

¹⁵⁸ Azevedo Sodré, "Lucta antituberculosa", 440.

resistência à invasão não só da tuberculose senão de outras espécies patogênicas, reduzindo-se o índice de mortalidade consideravelmente.

Desta maneira, Azevedo Sodré recomendava às autoridades públicas o caminho do fortalecimento orgânico. Pelo contrário, considerava o caminho da destruição do micróbio como irrealizável. Dirigindo-se em seu discurso a Carlos Seidl assinalava com bastante ironia a perda de tempo à qual estava submetida a DGSP.

Para Azevedo Sodré lutar contra o contágio específico supunha pôr em prática a notificação compulsória, a vigilância sanitária e o isolamento e desinfecção dos domicílios e nosocômios. No entanto, considerava que a notificação compulsória era uma medida violenta que atentava contra a liberdade individual e inclusive coletiva e que só se fazia imprescindível quando se tratava da profilaxia de determinadas doenças agudas transmissíveis, como a febre amarela, a peste, a varíola e a cólera.

No caso da tuberculose, a notificação obrigatória não teria valor algum. Segundo Sodré, as conseqüências da notificação seriam a violação do segredo profissional, o caos social e a tuberculofóbia, esta última entendida como a guerra e o medo para os tuberculosos¹⁵⁹.

Uma vez concluída sua exposição, tomou o uso da palavra o aludido Carlos Seidl, quem de imediato qualificou a conferência de seu antecessor como um grande perigo social. Para Seidl a propaganda de tais idéias constituía um grande perigo social, *especialmente num país novo como o nosso, onde mal se começa a pensar seriamente em problemas sanitários*¹⁶⁰.

Seidl manifestou não poder estar de acordo com o formal e decidido repúdio de Azevedo Sodré pelas medidas que procuravam eliminar a causa primária da tuberculose, isto é, o bacilo de Koch. Para Seidl, aquela era uma função e inclusive um dever dos médicos que cultivavam a higiene ou a medicina pública. Conquanto reconhecesse que existia uma parte social do problema, este não era de incumbência dos médicos. Aquele trabalho poderia ser executado por filantropos, tendo em consideração elementos como o trabalho, o capital e a propriedade; em definitiva, tratava-se de um trabalho exclusivo e excludente dos que tinham a responsabilidade de governar¹⁶¹.

¹⁵⁹ Azevedo Sodré, “Lucta antituberculosa”, 441.

¹⁶⁰ Seidl, “Lucta antituberculosa”, 513.

¹⁶¹ Seidl, “Lucta antituberculosa”, 513 – 514.

Pelo contrário, para Seidl o médico era o encarregado por velar da boa saúde dos indivíduos. O caminho mais eficaz para consolidar isto era mediante a destruição do agente infeccioso causal da tuberculose, sem ter relação alguma com outros fatores de índole social ou econômico. Excluir o médico da luta contra a tuberculose era uma medida inaceitável para Seidl. Conquanto reconhecesse que a tuberculose envolvia um problema social, esta também supunha um problema médico ou higiênico. O primeiro era extremamente complexo, de lenta resolução, qualificando-o como o amanhã da luta¹⁶².

Segundo Seidl, o problema da tuberculose envolvia dois aspectos. A questão social, que certamente era importante; a questão médica, sanitária ou higiênica, que também não podia ser desprezada. Para Seidl, o segundo aspecto era o que deveria ser encarado pelos médicos.

A seguir, analisaremos três aspectos da polêmica relacionados com a notificação obrigatória, o isolamento dos tuberculosos e a desinfecção dos escarros respectivamente.

Com relação à notificação obrigatória, Seidl tratou de deixar em claro que esta medida não era desconhecida pela medicina brasileira, pois existia no regulamento sanitário de 1904; no entanto esta medida não tinha frutificado porque estava acompanhada da eliminação do bacilo. Com o fim de solucionar esta deficiência a DGSP, dirigida por ele, tinha obtido meios do Estado para isolar aos tuberculosos. Um exemplo disto foi a construção de quatro pavilhões para tuberculosos no *Hospital São Sebastião*. Para Seidl, a notificação era uma ferramenta necessária de saúde pública, pois por meio dela seria possível conhecer a real percentagem de tuberculosos no Rio de Janeiro.

Como vemos, a notificação obrigatória desencadeava na lógica ação do isolamento dos tuberculosos. Este assunto, Azevedo Sodré o considerava uma medida impossível. Em princípio, não seria realizável o isolamento de todos os tuberculosos, pois para ele todos os indivíduos eram em alguma medida tuberculosos, de acordo sempre com a tese de von Behring. Ademais, considerava que fundar e manter estabelecimentos especiais para o isolamento de tão só uma parte dos casos de tuberculosos supunha realizar uma obra inútil e ineficaz. Para este médico, inclusive o isolamento domiciliário seria ineficaz já que manter vigilância sanitária numa doença que durava meses ou inclusive anos, num

¹⁶² Seidl, “Lucta antituberculosa”, 517.

enfermo que não guardava cama, que saía à rua e que tinha vida social era *andar atrás de uma quimera, de uma pura fantasia*¹⁶³.

Seguindo a tese de von Behring, Azevedo Sodré sustentava que durante o tempo que mediava entre o acordar do foco tuberculoso e a notificação obrigatória, todos aqueles numerosos indivíduos, distribuídos nos diferentes estratos da sociedade, espalhariam o contágio, burlando completamente os efeitos do isolamento. Ademais, que todos esses focos latentes podiam despertar sucessivas vezes, para de novo entrar num período de letargia, sem que o indivíduo jamais tivesse o mínimo conhecimento de que padecia de tuberculose. Para Azevedo Sodré não deveria se perder o tempo e dinheiro com o combate ao bacilo, já que era um trabalho estafante, ressurgente e improfícuo¹⁶⁴.

Neste aspecto Carlos Seidl diferia respondendo enfaticamente que no caso de outras doenças como a cólera, a difteria ou a febre tifóide também existiam indivíduos que não eram ainda doentes, frente ao que não seria correto afirmar que o isolamento era uma medida ilusória. Para Seidl o objetivo do isolamento dos tuberculosos era separar nos hospitais os disseminadores de bacilos dos outros doentes. A hospitalização dos tuberculosos pretendia atingir três objetivos: a luta contra a tuberculose, o cuidado dos doentes e a proteção àqueles que não eram tuberculosos¹⁶⁵.

No que concernia à desinfecção dos escarros tuberculosos Seidl era categórico: o escarro (seco ou úmido) era a principal via de contágio e o inimigo a ser destruído. Para ele toda a propaganda antituberculosa devia deixar em claro esta noção. Segundo Seidl, afirmar o contrário supunha fazer tábula rasa de todo o passado da LBCT, à qual só restaria fechar suas portas¹⁶⁶.

No entanto, para Azevedo Sodré não podia existir nenhuma confiança na desinfecção dos escarros porque esta prática só era viável quando se pensava que a tuberculose era transmitida por meio do pó dos escarros dessecados ou úmidos. Para Azevedo Sodré, no atual estado de conhecimento a desinfecção dos escarros, perante os estudos de von Behring seria improdutiva¹⁶⁷.

¹⁶³ Azevedo Sodré, “Lucta antituberculosa”, 442.

¹⁶⁴ Azevedo Sodré, “Lucta antituberculosa”, 443.

¹⁶⁵ Seidl, “Lucta antituberculosa”, 516-517.

¹⁶⁶ Seidl, “Lucta antituberculosa”, 515.

¹⁶⁷ Azevedo Sodré, “Lucta antituberculosa”, 441.

Para Azevedo Sodré era em torno das causas secundárias que se devia organizar a defesa antituberculosa, tentando suprimi-las ou em seu defeito atenuá-las. Estas causas secundárias estavam subordinadas à influência do médio ambiente, do clima, e não eram as mesmas em cada país. O universo de causas secundárias era bastante amplo: as péssimas condições de moradia, a miséria, deficiente alimentação, acidentes de trabalho, proteção à infância, etc.

Frente a esta longa lista de causas mórbigenas, Azevedo Sodré concluiu que o pilar da luta antituberculosa radicava na ação despregada pelo dispensário. Este estabelecimento cumpriria as funções de educação em todo o relacionado à higiene física e inclusive moral. Os agentes deste estabelecimento dariam à população os princípios básicos de higiene, luta contra o alcoolismo, etc. Em síntese, o objetivo central ao enfrentar aquelas causas secundárias era a melhora física e intelectual da população. A dimensão física supunha a supressão das causas que coincidiam para diminuir a resistência do organismo. A dimensão intelectual estava relacionada com a difusão do ensino e a multiplicação de escolas e a conseqüente extinção do analfabetismo¹⁶⁸.

Para finalizar, interessa-nos destacar que o modelo adotado pelas autoridades públicas para o combate à tuberculose estava relacionado com as idéias de Seidl. Afirmamos isto, porque foi o médico Plácido Barbosa, que ao representar o Brasil no *V Congresso Médico Latinoamericano*, expôs as vantagens da notificação obrigatória, do isolamento dos tuberculosos e da desinfecção dos escarros.

Um parágrafo de uma conferência proferida por Barbosa nos permitirá deixar claro o mencionado nas linhas acima:

Imagina, agora, que ela (a tuberculose) escolhe de preferência as vidas em flor e as vidas em seu período mais produtivo; imagina que cada vida cegada é um capital ativo que se perde, imagina ainda que o número de óbitos de tuberculose é muito maior do que conhecemos, porque nossas estatísticas são erradas, por não ser efetivamente obrigatória a notificação da tuberculose, por ser raramente aplicados os processos exatos de diagnóstico, e por conceder facilmente nossos médicos, por bondade ou negligência, em disfarçar

¹⁶⁸ Azevedo Sodré, “Lucta antituberculosa”, 444.

*a tuberculose com outros nomes, tereis uma idéia da hecatombe que nos fere.*¹⁶⁹

¹⁶⁹ Barbosa, “Sobre a profilaxia da tuberculose”, 65.

CAPITULO 4

COMPARAÇÃO ENTRE OS CASOS LIMENHO E FLUMINENSE.

O objetivo neste quarto capítulo é desenvolver um breve exercício comparativo. Nosso propósito não é discutir a validade teórica e metodológica da comparação na investigação histórica; nosso interesse exclusivo é aproveitar da melhor forma toda a informação contida nos dois capítulos precedentes para informar algumas considerações finais que nos motivou o estudo de ambos os casos.

Nossa unidade de análise é a produção científica elaborada em duas comunidades médicas na América Latina na passagem do século XIX ao XX. Esta produção científica se concentra nas idéias e práticas médicas relacionadas ao combate da tuberculose nas cidades de Lima e Rio de Janeiro. As fontes conferidas para tal estudo foram teses de medicina e artigos publicados em *La Crónica Médica* e *O Brazil Médico*.

Portanto, não comparamos duas sociedades separadas temporariamente. Pelo contrário, trata-se de comparar duas sociedades contemporâneas, geograficamente próximas e inscritas num contexto macro comum a ambas, como foi a consolidação da bacteriologia e a teoria do germe da doença. Em outras palavras, estudamos um problema comum em ambas as sociedades¹⁷⁰.

Nossa simpatia pela história da saúde, especificamente a história da tuberculose, não é recente. No ano 2004 desenvolvemos uma pesquisa histórica que terminou convertendo-

¹⁷⁰ Uma leitura de muita utilidade para a elaboração deste quarto capítulo foi Mancuso, Lara. “A comparação no estudo da história da América Latina”. *Projeto História* 2005; (31): 259-275.

se em tese para optar ao grau de Licenciado com menção em História. Naquela ocasião o problema de pesquisa que se pretendia resolver eram as idéias presentes na polêmica sustentada entre os médicos peruanos Francisco Almenara e Ignacio La Puente, desenvolvida entre os meses de junho e novembro de 1895 em *La Crónica Médica*, a principal revista médica no Peru a fins do século XIX.

Naquela discussão foi possível perceber a transição de uma concepção próxima a idéias miasmáticas e neo-hipocráticas para uma concepção bacteriológica da doença, em particular da tuberculose.

Durante aquele trabalho de pesquisa sempre surgiu uma pergunta: se a fins do século XIX se desenvolvia esta polêmica em Lima, que idéias estavam sendo discutidas em outros países latino-americanos? A oportunidade de integrar-me como estudante ao Programa de Pos-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ me permitiu satisfazer essa curiosidade acadêmica.

Ao formular esta pergunta para o caso brasileiro especificamente, surgiram algumas respostas as quais analisamos com o tríplice interesse em identificar o singular, o similar e o diferente em cada comunidade médica. Este exercício nos permite comentar o caso brasileiro a partir do caso peruano e nos evita incorrer em perigosos anacronismos e generalizações. Certamente, não realizaremos um trabalho exclusivamente descritivo; ademais comunicamos algumas hipóteses iniciais, não concludentes, que a nosso parecer podem explicar os casos singulares, similares e diferentes.

Finalmente, consideramos ser necessário indicar que para esta comparação não nos apoiamos em nenhum estudo prévio que se tenha ocupado deste assunto. Simplesmente porque não o há. Embora existam valiosos estudos comparativos na área da história da ciência e da saúde, em nenhum destes está incluído o papel da medicina e sua relação com a tuberculose.

Ao ter concluído os dois anteriores capítulos apareceram uma série de temas que merecem atenção e que a seguir destacamos.

4.1 Oswaldo Cruz e seu projeto de combate à tuberculose no Rio de Janeiro.

Na passagem do século XIX para o XX, chegaram a se experimentar mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais bastante profundas tanto no Brasil como no Peru.

A Guerra do Pacífico (1879-1883), iniciada pelo Chile contra o Peru e Bolívia deixou estes dois últimos países numa total crise material e moral. O Peru não só perdeu território, a guerra deixou em ruínas a cidade de Lima, foram saqueados os portos da costa norte, paralisaram-se as atividades educativas e se gerou uma bancarrota econômica. No final do século XIX começou a ocorrer uma mudança na economia peruana. O descrédito que tinham caído os militares, no comando do poder político, permitiu que o Civilismo, representado através do Partido Civil, voltasse a governar o país.

O Peru durante o período 1895-1919 esteve em mãos de uma pequena oligarquia, uma elite latifundiária; este período é conhecido sob o nome da *República Aristocrática*¹⁷¹. Tratou-se de uma série de governos, eleitos democraticamente, que levaram ao poder a representantes do Partido Civil e cujo projeto político esteve marcado pela dependência econômica com o estrangeiro, o autoritarismo e principalmente a exclusão do resto da população. Aquela elite nunca se preocupou em incluir à população, devido principalmente a sua maior aproximação com o estilo de vida europeu, e não com a realidade andina.

O modelo econômico que se seguiu durante a *República Aristocrática* esteve baseado na exportação de matérias primas e a importação de manufaturas. Segundo o estudo de Thorp e Bertram, foram oito os principais produtos de exportação durante este período: o açúcar, o algodão, a lã de ovelha, a lã de alpaca, o café, a prata, o cobre e o caucho. No entanto, entre todos eles foi o açúcar sem dúvida alguma o principal produto de exportação e o que mais ganhos gerou à elite oligarca. Daí que é possível entender porque a principal atividade econômica neste período foi a agricultura desenvolvida em fazendas açucareiras concentradas nos vales da costa norte¹⁷².

¹⁷¹ A oligarquia pode definir-se como uma classe social numericamente reduzida, composta por um conjunto de famílias cujo poder repousava na propriedade da terra, as propriedades mineiras, o grande comércio de exportação-importação e a banca. Esta diversificação de atividades torna mais evidente o escasso interesse que tiveram pelas empresas industriais. Uma boa bibliografia sobre a formação e desenvolvimento da República Aristocrática está encabeçada pelo trabalho de Burga e Flores-Galindo, *Apogeo y crisis de la República Aristocrática* que até o momento é a melhor interpretação deste período da história peruana. Assim mesmo, bons trabalhos complementares são os de Basadre, *Historia de la República del Perú* que segue sendo uma obra imprescindível para apreciar a trajetória política, social, econômica e cultural da República Aristocrática e, Contreras e Cueto, *Historia del Perú contemporáneo* livro que facilita uma visão ampla deste período.

¹⁷² Ver Thorp y Bertram, *Perú 1890-1977: crecimiento y política en una economía abierta*. A grande diferença consistiu em que em épocas passadas o auge econômico experimentado pelo Peru se tinha baseado

Certamente, durante este período a sociedade civil no Peru nunca chegou a ter representatividade política. O interesse desta elite latifundiária se baseou na posse de uma mão-de-obra barata que lhe permitisse manter uma economia agro-exportadora, isto em direta relação com as mudanças experimentadas na economia mundial depois da segunda revolução industrial.

No que se refere à modernização do país, foi criado, em 1896, o Ministério de Fomento e Obras Públicas (MFOP). Este organismo estava encarregado de promover medidas administrativas e executar disposições legais tendo em vista a implantação de estradas, iluminação pública, pavimentação das ruas, etc. No entanto, ainda com a criação do MFOP, a distribuição urbana na cidade de Lima se caracterizou pelo crescimento desordenado e pela não implantação de adequados serviços sanitários. A favelização e a aglomeração nos becos e casas de vizinhança chegou a um ponto extremo, que foi evidenciado de um modo terrível por ocasião da epidemia de peste bubônica em 1903.

Foi para combater esta doença que o governo criou a *Direção de Salubridade Pública* (DSP), organismo subordinado ao MFOP. Suas funções abarcavam uma série de aspectos como o cumprimento da legislação sanitária, o estudo e propostas de reformas necessárias para o melhoramento do estado sanitário do país, o desenho de um plano de defesa contra as doenças provenientes do exterior, a organização da estatística demográfica médica e a centralização e execução de medidas profiláticas para extinguir as doenças epidêmicas e endêmicas no país¹⁷³.

As manifestações físicas da peste foram atrozes, e a epidemia chegou a ter um forte impacto no imaginário coletivo da sociedade limenha. A presença da peste afetou diretamente o movimento nos portos, os quais garantiam o fluxo constante das exportações e importações para o modelo econômico promovido pela *República Aristocrática*. Foi por isso, que além da DSP o governo criou outras duas instituições: o *Instituto Municipal de Higiene* (1902) e a *Junta Diretiva da Campanha contra a Peste Bubônica da Província de Lima* (1904)¹⁷⁴.

na exportação principalmente de um só produto como a prata ou o guano; no entanto, durante a República Aristocrática se desenvolveu uma economia de exportação notavelmente diversificada.

¹⁷³ Laverería, *Prontuario de legislación sanitaria*, Tomo I.

¹⁷⁴ Cueto, *El regreso de las epidemias*, 34-35.

No que diz respeito ao índice de mortalidade por tuberculose na cidade de Lima podemos perceber, segundo o quadro abaixo, que o aumento foi progressivo¹⁷⁵:

Anos	Pobulação Calculada	Morte por tuberculose	Coefficiente de mortalidade por 1,000 habitantes
1884	109,279	634	5,7
1885	110,249	840	7,6
1886	111,319	1,049	9,3
1887	112,353	887	7,8
1888	113,397	879	7,7
1889	114,450	945	8,2
1890	115,513	921	8,1
1891	116,586	938	8
1892	117,669	943	8
1893	118,762	898	7,5
1894	119,865	936	7,7
1895	120,979	1,056	8,7
1896	122,103	946	7,7
1897	123,237	904	7,3
1898	124,382	999	8
1899	125,538	992	7,9
1900	126,704	964	7,7
1901	127,884	998	7,7
1902	129,072	1,131	8,7
1903	130,289	1,188	9
1904	131,499	1,025	8,7
1906	133,953	1,081	8

No entanto, o trabalho que desempenhou a DSP no que diz respeito à tuberculose foi praticamente nulo neste período. Como vimos no segundo capítulo, durante o período 1882-1919, foram basicamente os médicos os únicos que se preocupavam com o tema da tuberculose. Este trabalho se caracterizou pela produção de estudos no interior de comissões médicas que tinham o interesse em implantar um sanatório no Peru. O trabalho do governo se limitou a ser um simples facilitador de leis para a criação daquelas comissões, e não o de um agente ativo na luta antituberculosa.

¹⁷⁵ Olaechea, *Estado actual de los conocimientos relativos a la tuberculosis*, 193.

Ainda que a tuberculose ocupasse o primeiro lugar no índice de mortalidade na capital peruana, o Estado nunca chegou a estabelecer um programa de combate à doença. Assim mesmo, ainda que os médicos fossem os que se ocupavam do estudo da tuberculose, também não chegaram a desenhar um projeto de luta antituberculosa.

Aquela realidade constitui uma primeira diferença em relação ao caso do Rio de Janeiro, já que em 1907 o médico Oswaldo Cruz chegou a propor um programa agressivo de luta contra a tuberculose. O fato de só ter existido um projeto como tal, já constitui uma primeira e importante diferença. Em nossa opinião, esta diferença envolve dois aspectos. Em primeiro lugar estava a própria personalidade de Oswaldo Cruz; em segundo lugar o fato de que aquele projeto nunca ter chegado a torna-se efetivo. Consideramos que para entender isso é necessário dar uma olhada no trabalho sanitário exercido por Oswaldo Cruz, inserido no particular contexto econômico e político pelo qual atravessava o Brasil na passagem do século XIX ao XX.

Com a promulgação da República em 1889 iniciou-se no Brasil o período político conhecido sob o nome de *República Velha*. A instalação da República significou a busca por uma forma de governo viável que substituísse a Monarquia. Em 1891 foi promulgada uma constituição política que estabeleceu formalmente a República dos Estados Unidos de Brasil, restaurando a autonomia às províncias, as quais a partir desse momento passaram a serem chamadas de Estados. Aquela constituição reconhecia um governo federado pretensamente governado por um presidente, um congresso nacional bicameral e um sistema judiciário. No entanto, o verdadeiro poder estava concentrado nas regiões que eram dirigidas por opulentos indivíduos locais chamados coronéis¹⁷⁶.

O coronelismo foi conhecido como a política dos governadores e sob este as oligarquias regionais elegiam os governadores estaduais. Este sistema terminou consolidando o poder das oligarquias estatais ao redor das famílias que tinham sido membros da velha elite monárquica. Precisamente, este período esteve marcado pelo domínio político e econômico das elites agrárias concentradas nas cidades de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

As elites oligárquicas desde meados do século XIX tinham promovido a economia exportadora, o que acabou promovendo o auge do Vale do Paraíba, principalmente nas

¹⁷⁶ Calmon, *História do Brasil*, Tomo VI.

fazendas produtoras de café. Esta bonança se deveu à abundância de terras destinadas ao cultivo e muito particularmente à abundante mão de obra escrava. No entanto, a partir de 1870 as terras de cultivo começaram a escassear devido ao prejuízo excessivo das terras virgens; e a este fator se somou a abolição da escravatura decretada em 1888. Isto levou às elites agrárias concentradas nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo a recorrer à importação de mão de obra. Ainda assim, a crise econômica não pôde ser contida.

Por sua vez, o rosto urbano da cidade do Rio de Janeiro mudou radicalmente devido a essa enorme massa de escravos que de uma hora para outra ficou literalmente deslocada naquela sociedade. Assentando-se na periferia da cidade, pouco a pouco foram transformando o rosto urbano, que passou a se caracterizar por um crescimento desordenado e pela multiplicação dos chamados cortiços. Nestes espaços a característica comum foi a ausência de serviços sanitários básicos, a promiscuidade e a aglomeração. As epidemias de febre amarela, varíola, influenza e malária colocaram em evidência o péssimo estado sanitário da cidade.

Foi neste contexto que se desenvolveu o trabalho do prefeito de Rio de Janeiro Francisco Pereira Passos. O trabalho de Pereira Passos se caracterizou por promover uma grande reforma urbanística na cidade com o objetivo de transformá-la numa cidade sob o molde francês. Cortiços e ruas estreitas começaram a serem substituídos por novas e amplas avenidas, por edifícios, e pela modernização do porto, etc.¹⁷⁷.

Precisamente, a campanha sanitária realizada por Oswaldo Cruz fez parte da reforma urbanística promovida por Pereira Passos. Como vimos no terceiro capítulo, Oswaldo Cruz foi um cientista e sanitarista brasileiro que foi pioneiro no estudo das doenças tropicais e da prática da medicina experimental no Brasil. Nasceu na cidade de São Luiz do Paraitinga (São Paulo) em 1872 e ingressou na *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* em 1887, concluindo sua formação como médico em 1892. Posteriormente, em 1896, continuou seus estudos no Instituto Pasteur de Paris.

Ao retornar ao Brasil, foi imediatamente convocado pelas autoridades paulistas para coordenar e dirigir as ações de combate à epidemia de peste bubônica no porto de Santos em 1899. Ao longo de seu trabalho comunicou ao governo que para vencer a doença era necessário que o soro antipestoso pudesse ser fabricado no Brasil e que assim não mais se

¹⁷⁷ Benchimol, *Pereira Passos: un Haussmann tropical*, 198-231.

dependesse de sua importação. Por essa razão, em 1900 foi criado o *Instituto Soroterápico Federal*, instalado na fazenda de Manguinhos, do qual chegaria a ser diretor entre 1902 e 1917¹⁷⁸.

No ano seguinte, Oswaldo Cruz foi designado para assumir o comando da *Directoria Geral de Saúde Pública*, e neste período executou a campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro, a mesma que concluiu com êxito em 1907 com a erradicação do mosquito *aedes aegypty*. Desde a Directoria organizou a campanha contra a varíola na cidade do Rio de Janeiro, recomendando a obrigatoriedade da vacinação, fato que provocou o descontentamento de alguns setores da população fluminense.

Em 1909 Oswaldo Cruz deixou o cargo da Directoria para dedicar-se exclusivamente ao trabalho científico no Instituto Soroterápico, o qual desde 1907 denominava-se *Instituto de Patologia Experimental*, mais conhecido como *Instituto de Manguinhos*. No comando desta instituição, Oswaldo Cruz se converteu num dos líderes na pesquisa científica e na promoção de expedições científicas que tiveram como propósito identificar os principais problemas de saúde em outros territórios no Brasil. Entre estas podemos destacar a erradicação da febre amarela no Pará e a campanha de saneamento público na região amazônica. Boa parte do trabalho científico e sanitário, realizado no *Instituto de Manguinhos*, foi apresentado no *Congresso Internacional de Higiene e Demografia* realizado na cidade de Berlim em 1907. Oswaldo Cruz participou deste Congresso como representante do Brasil e da própria instituição que dirigia, obtendo reconhecimento de seu trabalho com a concessão de uma medalha outorgada pela organização do Congresso. Este reconhecimento se efetivou com a premiação alcançada na *Exposição Internacional de Higiene* realizada em Dresden em 1911.

Em relação à personalidade de Oswaldo Cruz, não é possível encontrar uma similar entre os médicos peruanos. O exercício de seu trabalho sanitário e administrativo não encontra um equivalente no Peru. Oswaldo Cruz foi um médico que ganhou reconhecimento, tanto fora como dentro do Brasil, devido ao exercício de seu trabalho científico no *Instituto de Manguinhos*. Inclusive, o próprio *Instituto de Manguinhos* posteriormente denominou-se *Instituto Oswaldo Cruz*.

¹⁷⁸ Em São Paulo foi criado em 1901 o Instituto Serumtherápico sob a direção do médico Vital Brazil. Hoje este centro de investigação biomédica é conhecido sob o nome de Instituto Butantan.

Sua função administrativa no comando da DGSP também resultou singular, pelo desenho das campanhas contra as doenças epidêmicas que afetavam a cidade do Rio de Janeiro. A oposição que surgiu face ao desenvolvimento destas campanhas sanitárias, sobretudo no caso do combate à varíola, quando Oswaldo Cruz foi objeto de inúmeras críticas, contribuiu para ressaltar ainda mais sua personalidade como sanitarista e homem de ciência.

Um espaço de pesquisa científica similar ao *Instituto de Manguinhos*, não é possível encontrá-lo no mesmo período no Peru. A falta de recursos, e o pouco incentivo à investigação científica não permitiram que se constituísse uma equipe de trabalho altamente qualificada. Pelo contrário, no *Instituto de Manguinhos* se produziram estudos e descobertas relevantes na história da ciência como foram os desenvolvidos por Carlos Chagas e Adolpho Lutz, para nomear só alguns.

No Peru, talvez o mais próximo ao *Instituto de Manguinhos* tenha sido o *Instituto Municipal de Higiene* criado em 1902, e que esteve sob a direção do médico italiano Ugo Biffi. Seu trabalho científico se concentrou na produção de soros e vacinas, mas este trabalho não foi contínuo e não recebeu o suficiente apoio por parte do Estado.

De fato um aspecto que singularizou a pesquisa médica no Peru nestes anos foram os estudos produzidos sobre a verruga peruana. Seguindo a argumentação do historiador Marcos Cueto, as investigações em torno da verruga peruana constituíram um exemplo de que mesmo com a insuficiência de recursos e meios necessários, os médicos peruanos foram capazes de produzir pesquisas biomédicas de alto valor científico¹⁷⁹. No entanto, naquele contexto no qual podemos mencionar a atuação de Alberto Barton ou inclusive do próprio Daniel Alcides Carrión, entendemos que nenhum deles chegou a alcançar a mesma relevância obtida em seu momento por Oswaldo Cruz, e que inclusive ainda hoje significa no Rio de Janeiro.

Por outro lado, o projeto que Oswaldo Cruz desenhou para combater a tuberculose no Rio de Janeiro não chegou a ser executado formalmente. Isto se deveu a três aspectos.

Em primeiro lugar, a execução do projeto de Oswaldo Cruz contra a tuberculose dependia da adoção de várias ações como a notificação obrigatória da tuberculose, o controle das fronteiras, a fiscalização dos matadouros, a criação da vigilância sanitária dos

¹⁷⁹ Ver Cueto, *Excelencia científica en la periferia*.

domicílios e o estabelecimento do serviço de profilaxia dos escarros. Seguindo a argumentação da historiadora Dilene Nascimento, todas estas medidas recém haviam sido implementadas pelas autoridades governativas e legislativas do Rio de Janeiro, o que tornava excessivamente problemática sua realização. Ademais, conquanto a notificação obrigatória contra a tuberculose já existisse desde 1904, esta nunca tinha chegado a fazer-se efetiva na prática¹⁸⁰.

Em segundo lugar, estiveram as resistências apresentadas por outros cientistas a seu projeto. Seguindo a argumentação da historiadora Nara Britto, as resistências às propostas no que concernia ao desenvolvimento das campanhas sanitárias contra a febre amarela e a varíola estavam centradas no fato de que as propostas de Oswaldo Cruz, e dos cientistas que trabalhavam no *Instituto de Manguinhos*, desencadearam uma disputa com a *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* e com a *Academia Nacional de Medicina*, espaços “oficialmente” reconhecidos como detentores do monopólio da autoridade científico-médica na época¹⁸¹. No que diz respeito à tuberculose, um desses casos foi o de Antônio Azevedo Sodré que da *Academia Nacional de Medicina* se opôs ao projeto de Oswaldo Cruz, ao defender a tese da patogenia intestinal formulada pelo médico von Behring, que se mostrava em clara oposição à profilaxia agressiva dos escarros e dos tuberculosos proposta por Oswaldo Cruz.

Finalmente, um aspecto não menos importante foi o fato de que a tuberculose não era uma doença epidêmica senão mais bem endêmica. Sob o modelo econômico promovido pelas elites oligárquicas, tanto no Brasil como no Peru, as doenças que causavam maior preocupação para a sustentação do modelo econômico eram as de caráter epidêmico, como a peste bubônica em Lima ou a febre amarela no Rio de Janeiro. Estas doenças afetavam diretamente a produção e assim geravam uma maior preocupação junto às autoridades públicas. No entanto, doenças como a tuberculose, que se manifestava como uma endemia crônica, como uma doença própria da civilização e não como uma mostra do atraso ou que pusesse em perigo ao modelo econômico, não chegou a suscitar o interesse público. Considero que este foi um elemento comum em ambas as cidades que

¹⁸⁰ Nascimento, “A doença e o poder público ou o poder das doenças”, 178.

¹⁸¹ Ver Britto, *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*.

impossibilitou a execução ou desenho de um plano de combate à tuberculose neste período.

4.2 As pesquisas relacionadas com a altitude.

O historiador Peter Klarén dá início a seu magnífico livro *Nación e sociedad en la historia del Perú* com a seguinte frase: *para comprender la historia del Perú es necesario comenzar con su medio ambiente y ecología*.¹⁸² Compartilhamos plenamente desta afirmação e ademais resulta absolutamente pertinente para o que se menciona nesta seção.

A Cordilheira dos Andes marca não só a geografia do Peru senão que sempre exerceu uma influência direta no desenvolvimento da cultura peruana ao longo de sua história¹⁸³.

No segundo capítulo conseguimos apreciar que o tema relacionado com a influência da altura sobre o nível do mar como ferramenta de combate à tuberculose foi um dos assuntos que maior atenção despertou entre os médicos peruanos. No entanto, no período 1887-1919, tanto nas teses apresentadas na *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* como nos artigos publicados em *O Brazil Médico*, não houve uma produção científica maiúscula sobre o papel da altura e sua influência no organismo humano. Se poderia dizer que este assunto teve um interesse menor, ou mesmo que esteve praticamente ausente no discurso médico em Rio de Janeiro.

No Peru, as localidades de Arequipa, San Mateo, Tamboraque e fundamentalmente Jauja foram objeto de discussão por parte dos médicos peruanos como possíveis espaços nos quais deveria construir-se um sanatório para tuberculosos; precisamente a altitude

¹⁸² Klarén, *Nación y sociedad en la historia del Peru*, 23.

¹⁸³ Foi devido a esta particular ecologia que no período pré-hispânico a economia esteve assentada no princípio da redistribuição. O chamado controle vertical de um máximo de andares ecológicos foi um ideal que compartilharam muitos reinos serranos e costeiros. Este modelo, chamado também de “Arquipélagos”, consistia no controle simultâneo de ilhas “ecológicas” por parte de um grupo étnico cujo núcleo demográfico e centro de poder podia se encontrar a dezenas de quilômetros de distância. Estas “ilhas ecológicas” eram colonizadas por mitmaquna (ayllus mobilizados) que conservavam suas casas e direitos na etnia de origem. Os mitmaquna ou colonizadores se dedicavam à produção ou aproveitamento de recursos que por condições de altitude ou climáticas no núcleo não se obtinham. O afã por estender o “arquipélago” era vital, pois disso dependia o acesso a produtos como coca, madeira, algodão, milho, minerais, guano ou recursos marinhos. Murra, “Los límites y las limitaciones del archipiélago vertical”, 115.

sobre o nível do mar era o denominador comum que identificava aqueles espaços geográficos.

A peculiaridade da geografia marcou os estudos a respeito da profilaxia e tratamento da tuberculose entre os médicos peruanos. Os estudos de Carlos Meyer, Evaristo D'Ornellas, José Zapater e Manuel Fernández se ocuparam por estudar a peculiaridade do clima nos Andes e sua relação com a tuberculose. Aqueles estudos se concentraram em ressaltar as benesses que a atmosfera em regiões de altura podia oferecer para o tratamento da tuberculose. Certamente, todos esses estudos estiveram diretamente influenciados pela Climatoterapia, disciplina que pretendia tratar as doenças mediante o aproveitamento racional dos agentes atmosféricos e telúricos. A tese de Melchor Chávez Villarreal sobre a dieta respiratória, significou o caso mais emblemático sobre a importância que poderia ter a altitude na ausência e inclusive cura da tuberculose nas regiões andinas.

A conclusão à que chegaram todos aqueles médicos consistia em sugerir as regiões de altitude como o espaço mais aparente e idôneo onde poderia ser construído um sanatório destinado a receber aos tuberculosos da cidade de Lima. Como vimos esta proposta se tornou realidade com a Comissão que dirigiu o médico Francisco Almenara Butler.

Embora este projeto tenha sido criticado duramente por Ignacio La Puente, não cessou a argumentação de que a altura podia ser benéfica para a cura da tuberculose. Depois daquele debate, os agentes climáticos e a altitude passaram a ocupar uma posição subordinada, mas não foram abandonados plenamente. Prova disso foram os numerosos estudos publicados pelo médico Rómulo Eyzaguirre, nos quais a altitude era apresentada como um elemento suficiente, mas não necessário.

Os médicos brasileiros não desconheciam os efeitos que podia ter a altitude sobre o organismo. Como vimos a Comissão, formada pela *Liga Brasileira Contra a Tuberculose* para determinar a zona ideal na qual deveria ser construído o sanatório desta instituição, tinha conhecimento da tese que afirmava que em alturas maiores o organismo humano podia encontrar uma maior pureza na atmosfera. No entanto, além desta menção, não houve produção expressiva a respeito. Considero, pois que a geografia jogou um papel mais decisivo na produção científica elaborada pelos médicos peruanos em comparação com a efetuada pelos médicos no Rio de Janeiro.

4.3 As polêmicas médicas.

Um elemento comum na historiografia médica de ambos os países foi a presença dos debates médicos relacionados ao estudo da tuberculose.

A discussão sustentada entre Francisco Almenara e Ignacio La Puente em 1895 evidenciou a passagem de idéias mais vinculadas com a teoria miasmática, e inclusive o neo-hipocratismo, para idéias próprias da teoria do germe e a bacteriologia então experimentadas pela medicina peruana. Por sua vez, a polêmica sustentada entre os médicos António Azevedo Sodré e Carlos Seidl, presente nas conferências organizadas pela *Liga Brasileira Contra a Tuberculose* em 1913, se concentrou no perfil que devia ter a luta contra a tuberculose na cidade do Rio de Janeiro, especialmente no que se referia à profilaxia desta doença e às conseqüentes ferramentas a serem aplicadas.

Consideramos que as controvérsias médicas na história da ciência constituem uma fonte interessante e inclusive amena. Seguindo a argumentação de Bruno Latour, poderia dizer-se que ambas as polêmicas foram desenvolvidas em foros oficiais, especificamente em revistas médico-científicas de alto prestígio em ambos países, como foram *La Crónica Médica* e *O Brazil Médico*; isto é, estiveram influenciadas fundamentalmente por fatores científicos. Em ambas as polêmicas os fatores extra-científicos estiveram ausentes. Tratou-se de discussões de caráter estritamente médico e especializado¹⁸⁴.

Por exemplo, na polêmica entre Almenara e La Puente o assunto central girou em torno do perigo que poderia representar para a cidade de Lima os bacilos tuberculosos jogados nas águas do rio Rimac. O poder infeccioso de alguns micróbios, como o bacilo de Koch, estava em direta relação com uma nova concepção do contágio formulada pelos estudos da microbiologia. Já na polêmica entre Azevedo Sodré e Seidl o tema central foram as vias de contágio por meio das quais o bacilo tuberculoso ingressava ao corpo humano, cada uma exercendo influência direta nas medidas de profilaxia e higiene a serem aplicadas pelas autoridades sanitárias em Rio de Janeiro.

Tendo o maior dos cuidados para não cometer um anacronismo, devemos destacar que ambas as polêmicas não foram contemporâneas. Conquanto em ambas tenha estado

¹⁸⁴ Latour, “Pasteur e Pouchet: heterogénesse da história das ciências”, 49-48.

presente o tema do contágio tuberculoso, cada uma se inscreveu num momento determinado na história da medicina ocidental.

No final do século XIX o discurso sobre a contagiosidade do bacilo tuberculoso estava em plena discussão. A descoberta realizada por Robert Koch em 1882, não supôs uma mudança radical e imediata. Tratou-se de um momento inscrito dentro de um longo processo e que teve na polêmica Almenara – La Puente um exemplo representativo deste trânsito no discurso médico fora de Europa. Pelo contrário, já na segunda década do século XX a idéia do contágio tuberculoso era considerada como uma verdade científica, mas a nova preocupação se concentrava no estudo das vias de contágio tuberculoso; precisamente a polêmica Azevedo Sodre – Seidl constitui uma mostra representativa daquilo fora do continente europeu.

Aqui é necessário destacar dois assuntos. Em primeiro lugar, ao conferir algumas teses apresentadas na *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* e os artigos publicados em *O Brazil Médico*, não nos foi possível identificar alguma polêmica que tenha sido contemporânea da ocorrida a fins do século XIX na cidade de Lima. Com isto não pretendemos afirmar que entre os médicos brasileiros a idéia do contágio tuberculoso gozou de um total consenso. De jeito nenhum. Nosso propósito é o de simplesmente assinalar esta ausência. É possível que em outras comunidades médicas como em São Paulo, Bahia ou Rio Grande do Sul, só para nomear algumas, tenha ocorrido de fato alguma discussão médica sobre o papel do contágio tuberculoso a fins do século XIX.

No mesmo sentido, não existe na história da medicina peruana alguma discussão ou polêmica sobre as vias de contágio tuberculoso como a ocorrida no Rio de Janeiro em 1913. Do mesmo modo, e sem ânimo de ser repetitivo, é necessário destacar que isto não supõe inferir que entre os médicos limenhos aquele assunto gozou de um acordo total.

No entanto, este último tema nos chama muito a atenção. Destacando a polêmica entre Azevedo Sodré e Seidl, podemos perceber que as leituras científicas conferidas por estes médicos constituíram a base daquele debate. As teorias médicas formuladas por Cornet, Flügge e von Behring sobre o contágio em seco, o contágio úmido e a patogenia intestinal respectivamente, foram matéria de discussão nas Conferências que a LBCT organizou.

Suas implicações nos programas de combate à tuberculose eram bastante diferentes. Por um lado, estavam as posturas de Cornet e Flügge que colocavam ênfase na profilaxia das secreções dos tuberculosos, principalmente os escarros; pelo contrário von Behring assinalava que o contágio tuberculoso se efetuava na primeira infância mediante o consumo do leite de vacas tuberculosas. O que nos interessa assinalar é que estes três autores foram cientistas alemães, e nunca foram citados sequer em algum dos trabalhos elaborados pelos médicos peruanos entre finais do XIX e inícios do XX.

Certamente, os médicos peruanos não desconheciam esta produção científica, mas tiveram acesso a ela através de pesquisas e livros publicados por médicos franceses. A pesquisa científica francesa em matéria de tuberculose se caracterizou por colocar uma maior ênfase às vias de fortalecimento do organismo; Grancher e Calmette são os melhores exemplos disso através da pesquisa e trabalho despregado nos dispensários. Pelo contrário, depois de ler os artigos sobre tuberculoses produzidos pelos brasileiros, podemos dar conta que um dos temas que cativou o interesse da medicina alemã esteve relacionado com as pesquisas etiológicas.

A leitura dos médicos alemães por parte dos médicos peruanos poderíamos dizer que foi nula. Ao conferir a coleção antiga na *Biblioteca de Medicina de San Fernando* não encontramos nenhum livro ou revista científica alemã. A literatura médica que prima por excelência é a francesa. Diferença com o caso do Rio de Janeiro, onde ao conferir a sala de obra raras na *Biblioteca da Academia Nacional de Medicina* e na *Biblioteca de Manguinhos* encontramos vários livros e revistas médicas alemãs.

Um exemplo representativo é encontrado no *Instituto de Manguinhos*. Segundo o historiador Jaime Benchimol, no intervalo entre os Congressos de Berlim e Dresden, coincidiu com a época do auge da influência alemã. Nas *Memórias do Instituto de Oswaldo Cruz* foram difundidos os trabalhos de seus cientistas, quase sempre em português e alemão, sendo Adolpho Lutz o encarregado de traduzir os textos para este idioma. As relações que o *Instituto Oswaldo Cruz* estabeleceu com centros de formação acadêmica e profissional em Europa, permitiu a consolidação do prestígio internacional desta instituição¹⁸⁵.

¹⁸⁵ Benchimol, “Adolpho Lutz: um esboço biográfico”, 71.

A polêmica entre Azevedo Sodre e Seidl nos demonstrou que a literatura científica alemã foi referência e inclusive foi matéria de debate sobre as implicações que ambas as posturas poderiam ter na profilaxia e patogenia da tuberculose.

Por outro lado, consideramos que os médicos brasileiros tiveram uma maior proximidade com os estudos científicos produzidos na Alemanha, em comparação com os médicos peruanos. Por exemplo, em relação à tuberculose um fato relevante foi a nomeação de uma Comissão encarregada de viajar a Berlim para acompanhar as experiências do próprio Robert Koch relacionadas com a tuberculina. Esta Comissão foi presidida pelo doutor Domingos José Freire, que foi acompanhado pelos médicos Chapot Prevost e Virgílio Ottoni; ademais contou com a assistência dos estudantes de medicina Arthur Vieira de Mendonça e José Gonçalves Roxo. Neste mesmo sentido, o então Ministro de Guerra enviou Ismael da Rocha, médico militar, à Europa para que cumprisse similar trabalho¹⁸⁶.

Em contraposição, no Peru nunca se chegou a formar uma equipe de trabalho que seguisse de perto as investigações médicas desenvolvidas em Alemanha. Além disso, a participação dos peruanos em Congressos relacionados com a tuberculose desenvolvidos em Europa foi bastante pobre. Além da viagem que realizou Ignacio La Puente à Europa durante a qual permaneceu por um bom tempo em Alemanha, não houve maior proximidade com o velho continente. No caso brasileiro ocorreu o contrário. Um exemplo disso constituiu o trabalho apresentado por Hilário Soares de Gouvêa, como delegado da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, na *Conferência Internacional contra a Tuberculose* desenvolvida em Berlim em outubro de 1902.

Naquela ocasião Gouvêa discursou sobre o estado sanitário do Rio de Janeiro e o aumento considerável da taxa de mortalidade como consequência da tuberculose; para reverter esta situação compartilhou o programa de ação e os avanços que até aquele momento vinha obtendo a Liga no Rio de Janeiro. O fato que a LBCT compartilhasse suas ações no âmbito europeu nos diz muito a respeito do prestígio que procurava consolidar e do contato que seus médicos membros tiveram com a produção científica em Europa¹⁸⁷.

¹⁸⁶ “Tratamento da tuberculose”, 356 y 388.

¹⁸⁷ Gouvêa, “O estado la lucha contra a tuberculose”, 438.

Finalmente, um dos casos mais representativos da participação ativa de médicos brasileiros nos Congressos realizados na Europa foi a de José Pinto Rodriguez. Rodriguez, que era médico e membro da Comissão Brasileira, participou do *Congresso Internacional contra a Tuberculose* realizado em Paris em 1905, apresentando uns aparelhos desenhados por ele e cuja aplicação estava destinada a combater o poder infeccioso dos bacilos de Koch contidos nos escarros tuberculosos.

Em primeiro lugar, apresentou uma escarradeira a qual além de ser receptora dos escarros, inovava na modalidade de evacuá-los no ato através de um tubo conectado ao sistema de esgoto. Segundo Rodriguez, o benefício desta inovadora escarradeira consistia em não ser um ponto de concentração dos escarros como ocorria com aquelas que estavam ancoradas no chão. A escarradeira desenhada por Pinto Rodríguez não facilitava a formação do que ele mesmo chamava “zonas malditas”, das quais tinha que se passar sempre à distância. Outros dois inventos apresentados por este médico foram um limpador sanitário e uma escovinha de roupa. A funcionalidade de ambos consistia em que seriam substitutos da vassoura e do espanador, de forma a evitar o levantamento de pó no interior das habitações¹⁸⁸.

4.4 Contato entre médicos brasileiros e peruanos.

Um tema que nos parecia interessante explorar é o que está relacionado com o contato ou intercâmbio de idéias e experiências sobre o combate à tuberculose entre médicos brasileiros e peruanos. No entanto, ao conferir as fontes para a elaboração desta tese não encontramos maiores dados a respeito.

Uma maneira indireta de confirmar a comunicação entre médicos brasileiros e peruanos foi por meio da identificação de nomes de alguns médicos como membros estrangeiros na *Academia Nacional de Medicina* no Rio de Janeiro e na *Sociedade Médica União Fernandina* de Lima. Ainda que certamente isto não tenha confirmado muito.

O único momento no qual poderia dizer-se houve uma aproximação entre médicos brasileiros e peruanos na discussão sobre o tema da tuberculose, foi o *V Congresso Médico Latinoamericano*, reunido na cidade de Lima em 1913.

¹⁸⁸ Rodrigues, “Utensílios contra a tuberculose”, 451.

Os *Congressos Médicos Latino-americanos* constituíram espaços nos quais se foram discutidos os avanços das idéias e práticas médicas e o fruto das experiências adquiridas nos diferentes países da região. Iniciados em Chile em 1901, continuaram sendo organizados em Buenos Aires (1904), Montevideo (1907), Rio de Janeiro (1909), até chegar a realizar-se em Lima.

O *V Congresso Médico Latino-americano* foi inaugurado a manhã do 11 de novembro de 1913 nas instalações da *Faculdade de Medicina da Universidade San Marcos*. Os países participantes foram Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Paraguai, Uruguai, Estados Unidos, Nicarágua e Venezuela. No caso brasileiro, os delegados foram os médicos Plácido Barbosa e Nascimento Gurgel. O discurso inaugural foi dado pelo médico peruano Ernesto Odriozola durante o qual expressou a seguinte frase:

*La excelencia de vuestra notoriedad científica, vuestra actuación, vuestros conocidos esfuerzos a favor del adelanto de esta ciencia poderosa, son prenda segura del éxito que ha de coronar nuestras labores.*¹⁸⁹

Segundo Marta de Almeida, os *Congressos Médicos Latino-americanos* não deveriam ser considerados somente como um simples reflexo do que vinha ocorrendo na Europa e Estados Unidos, senão mais bem como uma estratégia de legitimação e persuasão do conhecimento médico produzido perante a comunidade especializada e as autoridades públicas, como suportes para sua apresentação como portadores do saber médico oficial¹⁹⁰.

Entre as moções de interesse geral que foram aprovadas na Assembléia Geral do Congresso podemos citar, por exemplo, a iniciativa do médico Leonidas Avendaño para levantar um monumento a Daniel Alcides Carrión, reconhecendo-o como mártir da medicina peruana, a criação de um instituto destinado ao estudo da etiologia da verruga no Peru, a implementação das cátedras de Medicina Tropical e História da Medicina nas Faculdades de Medicina em América e a recomendação aos governos do Peru e Brasil para que atuassem conjuntamente na profilaxia das doenças da região amazônica e especialmente no que se referia à febre amarela¹⁹¹.

¹⁸⁹ “V Congresso Médico Latino-Americano”, 451.

¹⁹⁰ Almeida, “Círculo aberto”, 735.

¹⁹¹ “V Congreso Médico Latino-Americano”, 458-461.

Naquela ocasião o médico brasileiro Plácido Barbosa expôs um trabalho titulado *Nosologia e mortalidade da cidade do Rio de Janeiro*, comunicação que apresentou como representante da delegação brasileira no mencionado evento acadêmico.

Em sua exposição, Barbosa dividiu a história sanitária da cidade do Rio de Janeiro em quatro períodos. O primeiro período ao que chamou primitivo compreendeu os primeiros anos depois da fundação da cidade, o segundo período chamado de colonial abarcou a época da colonização portuguesa, o terceiro período chamado de moderno incluiu o que Barbosa chamou de épocas de evolução higiênica progressiva e, finalmente, o quarto período ou atual que se iniciou com a extinção da febre amarela e a aplicação de um regulamento sanitário¹⁹².

Em sua conferência, Barbosa apresentou uma imagem do progressivo desenvolvimento da salubridade pública em Rio de Janeiro, o qual, à época, foi iniciado pelas campanhas sanitárias, contra a febre amarela, executadas por Oswaldo Cruz. Barbosa descreve Oswaldo Cruz como um sábio higienista e ousado administrador. Conquanto reconhecesse que o caminho ainda por percorrer era longo, não deixa de assinalar que o realizado até aquele momento não teria sido possível sem a aplicação científica dos modernos progressos da medicina preventiva¹⁹³.

No que diz respeito à tuberculose, Barbosa estava convencido que as condições de cada país eram diversas, e, portanto o plano de luta profilática contra a tuberculose deveria adaptar-se às particularidades e possibilidades de cada país latino-americano. No entanto, reconhecia que em geral, o plano da profilaxia da tuberculose deveria conseguir a eliminação de três fatores essenciais: o animal receptivo, o bacilo virulento e a oportunidade infecciosa. Se algum desses três elementos faltasse, a infecção tuberculosa não se concretizaria.

Com respeito ao animal receptivo, Barbosa queria expressar a diminuição da receptividade mórbida no organismo humano. Aquela só seria atingida mediante a prática da puericultura, a higiene individual e domiciliária, a eliminação da pobreza e de certos males que minavam as forças do organismo como o alcoolismo e a sífilis. Barbosa reconhecia que esta era a parte mais difícil do problema. Com respeito ao bacilo virulento,

¹⁹² Barbosa, “Nosologia e mortalidade”, 273.

¹⁹³ Barbosa, “Nosologia e mortalidade”, 275.

as medidas que deviam ser adotadas eram a notificação obrigatória, o isolamento, a cura do enfermo e a desinfecção constante ao interior dos hospitais. Finalmente, com relação à oportunidade infecciosa, esta deveria ser afastada mediante o desaparecimento de todas as condições materiais que tornassem possível a entrada do bacilo tuberculoso no organismo, como o pó, a contaminação de alimentos e os demais fatores favorecedores da contaminação tuberculosa¹⁹⁴.

Como vimos no terceiro capítulo, as idéias e práticas médicas de combate à tuberculose que punham ênfase naqueles aspectos eram as que estavam diretamente relacionadas com o perigo que significavam os escarros tuberculosos. Em sua conferência o próprio Barbosa afirmava que o objetivo era isolar ao doente e destruir ao bacilo¹⁹⁵.

Sob este modelo foi que Oswaldo Cruz em 1907 desenhou seu projeto de luta antituberculosa; e estas idéias tiveram continuidade com Carlos Seidl, quando este assumiu a DGSP em 1912. Ambas as posturas foram questionadas pela patogenia intestinal da tuberculose, que teve em Azevedo Sodré o seu mais declarado defensor.

Em nossa opinião é importante assinalar que Plácido Barbosa ao proferir sua conferência no Congresso reunido em Lima, estava compartilhando a experiência pública que se vinha realizando no Rio de Janeiro. Em outras palavras, Barbosa compartilhava o plano desenhado por Cruz e via com otimismo o trabalho que nesse momento estava desempenhando Seidl na Directoria. A tese da patogenia intestinal não foi sequer mencionada por Barbosa, pois seu interesse era comunicar a política antituberculosa oficial que se estava sendo executada no Rio de Janeiro.

4.5 La Liga contra a tuberculose.

Para finalizar este breve exercício comparativo nos agradaria mencionar um aspecto relacionado à ausência de uma Liga antituberculosa no Peru. No Peru nunca chegou a existir uma instituição similar à que houve no Rio de Janeiro. Embora tenha chegado a ocorrer um evento formal no qual foi declarada fundada a Liga Antituberculosa Peruana, esta nunca exerceu funções formalmente, e jamais teve seus estatutos aprovados.

¹⁹⁴ Barbosa, “Prophylaxia pratica da tuberculose”, 474-475. Em seu trabalho, Barbosa incluiu uma abundante informação estatística sobre o estado sanitário no Rio de Janeiro.

¹⁹⁵ Barbosa, “Prophylaxia pratica da tuberculose”, 476.

A partir do que foi analisado nos segundo e terceiro capítulos, podemos considerar que a ausência de uma Liga antituberculosa se deveu a uma série de fatores, como por exemplo a falta de recursos econômicos, o escasso apoio governamental, a falta de convocação de determinados setores como a imprensa ou a população em geral, o pouco contato com a experiência exercida por outras Ligas em América ou Europa, etc.

Nenhum destes aspectos de forma exclusiva pode ser identificado como o obstáculo para a formação de uma Liga Antituberculosa no Peru; em todo caso se deveu a uma combinação dos mesmos. Nesta oportunidade nosso interesse é ocupar-nos apenas de um aspecto, pouco mencionado até o momento na historiografia médica peruana. Para isso é necessário fazer um brevíssimo comentário sobre a história destas instituições filantrópicas em América.

A primeira experiência no continente americano em criar uma Liga para a luta contra a tuberculose se deu na cidade de Santiago de Cuba, em 1890, por iniciativa dos médicos Ambrosio Grilo Portuondo, Felipe Santiago Hartmann e Manuel Salazar Veranes. Uma das medidas que esta Liga promoveu esteve relacionada com o apoio que foi dado aos tabaqueiros de dita cidade para a arrecadação de fundos com o propósito de enviar um médico, Eduardo Padró Griñán, a Alemanha para que fosse treinado e formado nas idéias formuladas por Robert Koch¹⁹⁶.

A partir desse momento instituições similares foram sendo criadas nos diferentes países latino-americanos. O seguinte quadro cronológico mostra o ano de fundação de algumas das principais Ligas contra a tuberculose na América Latina.

Ano	Nome	Cidade	Médicos
1890	Liga Antituberculosa	Santiago de Cuba	Ambrosio Grillo Portuondo
1899	Liga Paulista contra la tuberculose ¹⁹⁷	São Paulo	Clemente Ferreira
1900	Liga Brasileira contra la tuberculose	Río de Janeiro	Azevedo Lima
1900	Liga Baiana contra la	Salvador	Ramiro de

¹⁹⁶ Beldarraín, *Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba*, 2.

¹⁹⁷ Em 17 de julho de 1899 foi criada a Associação Paulista dos Sanatórios Populares para tuberculosos; posteriormente tomaria o nome de Liga Paulista contra a Tuberculose.

	tuberculose		Azevedo
1901	Liga Argentina contra la tuberculose	Buenos Aires	Enrique Tornú
1901	Liga Antituberculosa Panamericana ¹⁹⁸	Santiago de Chile	Emilio Coni
1902	Liga Uruguaya contra la tuberculose	Montevideo	José Miguel Joaquín de Salterain
1902	Liga Antituberculosa	Santiago de Cuba	-----
1905	Liga Venezolana contra la tuberculose	Caracas	Andrés Herrera Vegas
1924	Liga Antituberculosa de Damas	Lima	Raúl Rebagliati
1939	Liga Antituberculosa Colombiana	Bogotá	Lorencita Villegas de Santos
1940	Liga Ecuatoriana Antituberculosa	Guayaquil	Alfredo Valenzuela Valverde

Como vimos no terceiro capítulo, a *Liga Brasileira Contra a Tuberculose* foi criada em 1900, por iniciativa privada, e se encarregou de preencher o vazio deixado pelo Governo Federal no combate à tuberculose no Rio de Janeiro. Em seu discurso inaugural, o médico Cypriano de Souza Freitas disse em nome de todos seus membros:

Temos confiança ilimitada para a consecução de nossos fins, no auxílio que verdade nos tem de prestar a classe médica; na colaboração eficaz da imprensa, cujos membros mais conspícuos figuram entre os promotores de nossa Liga; no espírito generoso e caritativo de nossos concidadãos; nos inesgotáveis tesouros de dedicação que tanto fazem resplandecer o coração da mulher brasileira; e no patrocínio de nossos dois presidentes honorários, o ilustre Chefe do estado, cuja presença no dia de hoje cordialmente

¹⁹⁸ No I Congresso Médico Latino-americano desenvolvido na cidade de Santiago de Chile em 1901 se estabeleceu a criação da *Comissão Internacional Permanente para a Profilaxia da Tuberculose*. Como parte dela se criou a Liga Antituberculosa Pan-americana sendo designado para fazer-se cargo dela o tisiólogo argentino Emilio Coni.

*agradecemos, e o virtuoso Príncipe da Igreja, a quem por igual agradecemos a subida honra que nos fez de presidir esta sessão.*¹⁹⁹

Na passagem do discurso de Freitas, referida acima, podemos perceber de que maneira os médicos que integravam aquela instituição reconheciam e ao mesmo tempo solicitavam o apoio de outros grupos da sociedade fluminense como a imprensa e a população em geral. Estavam convictos de que só mediante um trabalho conjunto é que seria possível reunir os recursos e obter a colaboração necessários para combater os terríveis efeitos da tuberculose. O clamor ao Estado e à Igreja estava em direta relação com a busca de reconhecimento e auspício, que ofereceria legitimidade ao trabalho que pretendiam realizar.

Não se tratava de uma ação caritativa como a que tinha sendo exercida desde a época colonial pela *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro*; pelo contrário, tratava-se de uma atividade filantrópica. A etimologia da palavra filantropia significa amor ao gênero humano. Envolve aspectos mais relacionados com uma visão ética da conduta humana e não com uma visão moral, mais próxima da religião. Em definitiva, a filantropia supõe analisar de que maneira é possível oferecer uma ajuda a pessoas que estão passando por uma situação de adversidade, sem que essa análise seja motivada por um afã de lucro ou por uma exigência religiosa ou inclusive do próprio Estado.

Consideramos que esta foi uma característica peculiar que fez com que alguns médicos no Rio de Janeiro fundassem a *Liga Brasileira Contra a Tuberculose*. Como mencionamos linhas acima, o alto índice de mortalidade causado por esta doença e a falta de ação por parte do Estado seriam realidades que a Liga pretendia reverter.

O que nos interessa ressaltar é que o fato de ter existido um grupo de médicos interessados em promover a criação de uma Liga antituberculosa esteve diretamente relacionado a um aspecto: coesão de grupo. Sob este conceito queremos referir-nos ao espaço no qual aquela instituição foi concebida, a *Academia Nacional de Medicina*. Desde sua criação em 1829, esta instituição esteve dedicada ao estudo, discussão e desenvolvimento da prática médica, da cirurgia e da saúde pública no Brasil. Portanto, constituía um espaço de difusão do conhecimento médico e a investigação científica brasileira tanto a nível nacional como internacional.

¹⁹⁹ Freitas, “Liga brasileira contra a tuberculose”, 333.

Representou um espaço acadêmico e profissional no qual havia uma certa estabilidade que permitiu congregar um importante grupo de médicos do Rio de Janeiro e Brasil. Um espaço que permitiu o desenvolvimento de um trabalho sustentado, que teve nos *Anais da Academia Nacional de Medicina* e em *O Brazil Médico* um meio de expressão e difusão de conhecimento; aquele era fruto das reuniões sustentadas em sessões desenvolvidas na instituição e da publicação de trabalhos científicos e médicos originais. Conquanto pudessem existir algumas disputas estritamente acadêmicas, estas não prejudicavam a coesão de grupo à qual nos referimos. Considero que estas características favoreceram bastante na posterior criação da *Liga Brasileira Contra a Tuberculose*.

Por outro lado, não podemos dizer o mesmo com relação ao caso peruano. Ao comparar ambas as realidades veremos que houve uma relevante diferença em relação à coesão de grupos. Para analisar este fato de uma forma melhor, entendemos ser necessário em primeiro lugar dar uma olhada na situação educativa na *Universidad San Marcos* a partir da biografia do médico limeño Ignacio La Puente.

Ignacio La Puente Requena nasceu em 31 de julho de 1846 na cidade de Lima. Ingressou ao colégio *Nossa Senhora de Guadalupe*, em 1853, onde além das matérias básicas aprendeu francês, grego e latim²⁰⁰. Posteriormente, em 1861 decidiu ingressar na *Escola Naval* onde foi credor de uma bolsa de aperfeiçoamento na Europa, outorgada pelo governo do então presidente Ramón Castilla²⁰¹. No entanto, La Puente não aceitou esta bolsa, pois preferiu candidatar-se à *Faculdade de Ciências Naturais, Físicas e Matemáticas da Universidad San Marcos*, conseguindo ingressar esse mesmo ano.

²⁰⁰ O *Colégio Nacional Nossa Senhora de Guadalupe* foi fundado em Lima em 14 de novembro de 1840 pelos senhores Domingo Elías e Nicolás Rodrigo, durante o governo de Agustín Gamarra, sendo destinadas suas salas de aula só para os filhos da classe aristocrática limenha. Posteriormente, em 1885 o governo de Ramón Castilla o converteu em colégio público. O local original se localizou nas primeiras quadras da Av. Abancay onde depois se construiu o edifício do *Ministério de Educação*, ali permaneceu por 66 anos até que se trasladou a seu atual local na Av. Alfonso Ugarte no Centro de Lima. Entre alguns de seus ilustres alunos podemos contar a Julio C. Tello, Manuel Pardo, Felipe Pinglo Alva, Abraham Valdelomar, Daniel A. Carrión, Jorge Basadre, entre muitos mais.

²⁰¹ A *Escola Naval do Peru* teve seu mais longínquo antecedente no ano 1657 quando o virrey Dom Luis Enríquez de Guzmán, Conde de Alva de Liste, ordenou a fundação da *Academia Náutica de Instrução de Pilotos Navais* e encarregou ao Cosmógrafo limenho Dom Francisco Ruiz Lozano sua Direção, atribuindo-lhe como sede para suas atividades o *Hospital do Espírito Santo*, local onde funcionou até 1821, quando interrompeu suas atividades pelas guerras de Independência. Em meados de 1822 a *Academia Náutica* reabriu suas portas passando por vários locais chegando a funcionar em alguns momentos junto à *Academia Militar*. Depois do parêntese da Guerra do Pacífico, a já *Escola Naval* se trasladou a Bellavista em 1909 onde funcionará no antigo local da *Escola Superior de Guerra* até 1915 em que se trasladou a seu atual local em La Punta, Callao.

Naqueles tempos, para ingressar na *Faculdade de Medicina de San Marcos* era requisito indispensável cursar dois anos de estudo na *Faculdade de Ciências Naturais*. A quase totalidade dos estudantes da *Faculdade de Medicina* aproveitou os dois anos prévios na *Faculdade de Ciências* para cursar disciplinas gerais. Não continuavam a carreira propriamente de Ciências; esta era vista como um preâmbulo dos estudos de medicina²⁰².

No entanto, o caso de Ignacio La Puente foi particular, pois decidiu continuar os estudos de Ciências chegando a obter o grau de Bacharel em Ciências Naturais em 18 de junho de 1868 e o de Doutor em Ciências em 18 de março de 1869; este último com tão só 23 anos de idade. Sua tese para obter o grau de Doutor em Ciências foi *Importancia y utilidad práctica de las matemáticas*.²⁰³

O peculiar na história acadêmica de Ignacio La Puente é que além de ter obtido o grau de Doutor em Ciências decidiu continuar os estudos na *Faculdade de Medicina*, tendo concluído sua formação em 1870. Obteve o grau de Bacharel em 01 de março de 1872, de Licenciado em 1873, com a tese *Influencias fisiológicas y patológicas que ejercen el calórico sobre la economía* e, finalmente, o grau de Doutor em Medicina em 1884²⁰⁴.

Como repetimos, este caso foi interessante porque foi um dos poucos estudantes na *Universidad San Marcos* que decidiu acumular duas carreiras. Conquanto estivessem intimamente unidas sob o ponto de vista acadêmico, não era comum que tivessem casos similares de estudantes interessados em consolidar ambas as disciplinas, inclusive até o nível do doutorado. O caso do médico Ignacio La Puente é recuperável já que nessa época

²⁰² A *Faculdade de Medicina* foi criada em 1856 pelo médico peruano Cayetano Heredia. Como afirma Marcos Cueto esta Faculdade substituiu ao *Tribunal do Protomedicato*, eliminou a distinção entre doutor e cirurgião e declarou um confronto direto contra as parteiras, herbolarios chineses, curandeiros indígenas e inclusive médicos estrangeiros. Ver Cueto, *Excelencia científica en la periferia*, 45.

A *Faculdade de Ciências* foi criada em 19 de Fevereiro de 1869. Para maior informação sobre a *Faculdade de Ciências* ver Valdizán, *La Facultad de Medicina de Lima*.

O regulamento da *Universidad San Marcos* respecto do requisito indispensável de cursar dois anos prévios de Ciências para ingressar recém a Medicina mudou em 3 de Novembro de 1893 quando se reformou o artigo 268 do regulamento Geral de Instrução Pública no sentido de que os aspirantes à *Faculdade de Medicina*, ficassem eximidos de cursar o segundo ano de Ciências Naturais e a classe de teorias analíticas pertencente ao primeiro.

²⁰³ Valdizán, *La Facultad de Medicina de Lima*, Tomo I: 189.

²⁰⁴ Evaristo San Cristóval, “Centenario del Doctor Ignacio de la Puente”, 2; Valdizán, *Diccionario de Medicina Peruana*, Tomo IV:331-332; Valdizán, *La Facultad de Medicina de Lima*, Tomo I: 255 y 307.

era manifesta na educação superior uma tendência para a especialização nos estudos profissionais, especificamente no campo da medicina²⁰⁵.

Graças a sua excelente qualidade como aluno, Ignacio La Puente foi nomeado *Adjunto Interino da Faculdade de Ciências Naturais* em 15 de fevereiro de 1868, chegando a ser posteriormente *Adjunto Titular* da mencionada Faculdade, especificamente em 29 de novembro de 1873. Nos anos seguintes lecionou diversos cursos na *Faculdade de Ciências* como *Mecânica Celeste, Geometria e Cálculo Infinitesimal*; lecionou estes cursos na condição de estudante da *Faculdade de Medicina*, figurando na lista de seus alunos os nomes de Ricardo Flores, Joaquín Capelo e Federico Villarreal, distintos personagens que depois chegariam a ser seus colegas de Cátedra na referida Faculdade.

Assim mesmo, atuou como *Catedrático Adjunto de Física* desde 26 de maio de 1871, de *Astronomia* desde 17 de maio de 1873, por ausência do titular, Dr. Mariano D. Beraún e, substituiu na *Cátedra de Botânica* seu antecessor Manuel I. León em 1906, chegando a ser posteriormente, em 1910, titular da mesma cadeira; foi na *Cátedra de Botânica* que Ignacio La Puente inovou os estudos que até então tinham se realizado nesta matéria, e isso pode observar-se em algumas de suas lições que foram publicadas na *Revista Universitária* durante os anos 1907, 1908 e 1911.

Na *Faculdade de Medicina* também cumpriu trabalhos docentes, tendo sido *Catedrático Auxiliar Interino* em 1882 e nomeado posteriormente *Auxiliar das Cátedras de Física Médica e Química* em 14 de junho de 1883²⁰⁶.

Precisamente, a nomeação para esta última foi motivo de questionamento por parte das autoridades da *Faculdade de Medicina*, por considerarem que eram elas as indicadas para efetuar qualquer convocação e nomeação de catedráticos, e não o Chefe de Estado, então Miguel Iglesias.

O governo de Iglesias tinha declarado três nomeações de catedráticos sem tomar nota dos antecedentes de dita designação; nesse grupo de nomeações estavam Ignacio La Puente, que tinha sido beneficiado com a *Cátedra de Química*, substituindo o médico José Anselmo de los Rios, o qual tinha obtido em concurso o exercício de dita Cátedra; junto a

²⁰⁵ Cueto, *Excelencia científica en la periferia*, 61. Para uma maior informação biográfica sobre o médico Ignacio La Puente ver Núñez, *Medicina y tuberculosis en Lima a fines del siglo XIX*, 16-32.

²⁰⁶ Arias-Schreiber, *La Escuela Médica Peruana*, 46; Valdizán, *Diccionario de Medicina Peruana*, Tomo IV: 331-332.

La Puente se oficializou a nomeação de outros três Catedráticos, que foram Ignacio Acuña na *Cátedra de Clínica Toxicológica*, Juan Enrique Corpancho na *Cátedra de Obstetricia* e Luis Copello na *Cátedra de Farmácia*.

Esta ação do governo provocou uma certa inconformidade entre as autoridades da *Faculdade de Medicina*, as quais iniciaram uma aberta oposição a estas nomeações, consideradas improcedentes e atentatórias da autoridade universitária. No entanto, o Governo de Iglesias reiterou as ordens necessárias para que se encarregassem interinamente das cátedras os referidos médicos, mediante decretos legislativos de 31 de março e do 18 de junho de 1883. Inclusive o governo procedeu a denunciar a Manuel Odriozola, *Decano da Faculdade de Medicina*, sob o cargo de desacato à autoridade governativa.

Frente a esta situação muitos professores apresentaram as renúncias a seus respectivos cargos pelo que houve uma reorganização na *Faculdade de Medicina*, ficando como novo decano José Jacinto Corpancho e ocupando Ignacio La Puente o posto de *Secretário da Faculdade de Medicina*.

Durante o Decanato de Corpancho se despregou uma campanha incessante por parte daqueles docentes renunciantes; entre eles estavam José Casimiro Ulloa, Leonardo Villar, José M. Romero, Lino Alarco, Armando Vélez, Aurelio Alarco, Miguel F. Colunga, Ramón Morales, Belisario Sosa, Constantino Carvallo, entre outros. Todos estes médicos dirigiram várias cartas ao Presidente da República solicitando declarar sem valor legal as nomeações de decano e Catedráticos da *Faculdade de Medicina*. Ademais, manifestavam o pedido para que sejam restituídos em suas respectivas Cátedras.

Este cisma durou vários anos. Foi durante este período que surgiram duas instituições médicas, claramente influenciadas em sua criação pela conjuntura referida linhas acima. Depois de sustentar várias reuniões, os médicos renunciantes junto ao deposto decano Manuel Odriozola, decidem reorganizar, em 28 de outubro de 1884, a *Academia Livre de Medicina*²⁰⁷. A decisão foi tomada na casa do médico Leonardo Villar, o Ata de fundação foi assinada por antigos professores e aqueles que tinham renunciado.

²⁰⁷ Esta instituição tinha sido criada em 1854, a mesma que desenvolveu atividades até 1868, passando depois a ter um longo período de inatividade. Depois do incidente ocorrido na *Faculdade de Medicina*, os médicos renunciantes voltaram a dar vida a esta instituição decidindo aproveitar esse espaço para criar uma associação médica com fins acadêmicos e científicos até que fossem derogados os decretos legislativos ordenados pelo governo de Iglesias.

Posteriormente, a *Academia Livre de Medicina* foi instalada em sessão solene em 29 de julho de 1885. Sua primeira junta diretiva foi integrada pelo doutor Manuel Odriozola como presidente, José Mariano Macedo (vice-presidente), José Casimiro Ulloa (secretário perpétuo), Manuel C. Bairros (secretário), Miguel F. Colunga (tesoureiro) e Leonardo Villar (vogal).

Paralelamente, na *Faculdade de Medicina* surgiu outra instituição, de caráter totalmente diferente à *Academia Livre de Medicina*. A *Sociedade Médica União Fernandina* teve suas origens como uma sociedade puramente estudantil, a mesma que o 31 de janeiro de 1884 iniciou a publicação de *La Crónica Médica*. Esta foi uma revista destinada à difusão de assuntos de educação, pesquisa e temas relacionados à prática médica e farmacêutica, ao ensino universitário e ao melhoramento da saúde pública, bem como de suas atas e documentos. Também realizava estudos de interesse para a comunidade, tais como os referidos ao cuidado do ambiente e dados demográficos. Em definitiva, *La Crónica Médica* constituiu o espaço de expressão daqueles professores que se mantiveram a cargo das cátedras na *Faculdade de Medicina*.

A seguir nos interessa destacar um acontecimento em particular. A *Academia Livre de Medicina* tinha convocado a um concurso sobre o estudo da verruga, oferecendo ao ganhador um reconhecimento e a publicação numa revista científica do trabalho²⁰⁸. Segundo o médico Uriel García, a convocação deste concurso por parte da *Academia Livre de Medicina* estava diretamente relacionada à busca de um triunfo não necessariamente científico, senão mais bem político, contra a *Faculdade de Medicina* e dos professores nomeados pelo governo de Iglesias. Segundo García, através do sucesso do referido concurso se pretendia a continuação do manejo no interior da *Faculdade de Medicina* pelos professores depostos, ainda que fosse só na área acadêmica²⁰⁹.

O certo é que as conseqüências da nomeação direta dos professores pelo governo de Iglesias ocasionaram o aparecimento de dois grupos ou espaços acadêmicos totalmente diferentes. Ambos surgiram com propósitos diferentes. Consideramos que este fato teve um impacto decisivo na não presença do que nós chamamos de uma coesão de grupo. Precisamente, porque estas disputas continuaram por vários anos, inclusive depois de que

²⁰⁸ Graña, “Daniel A. Carrión”, 246.

²⁰⁹ García, “Historiografía de la enfermedad de Carrión”, 49-50.

em 13 de fevereiro de 1886, fosse decretada a reinstalação da *Faculdade de Medicina* sob a presidência do Decano, doutor Manuel Odriozola.

Ambos os espaços tiveram destinos diferentes. Enquanto a *Sociedade Médica União Fernandina* continuou desenvolvendo uma constante e valiosa atividade científica através de sua revista *La Crónica Médica*; a *Academia Livre de Medicina* mudou de nome a *Academia Nacional de Medicina*, decretada por um decreto legislativo dado pelo governo de André A. Cáceres, isto em manifesta oposição ao anterior e deposto governo de Miguel Iglesias. Isto é, a *Academia Livre de Medicina* teve um perfil mais político que acadêmico ou científico. Foi fruto de uma disputa que esteve mais vinculada a aspectos extra-científicos. Assim mesmo, os médicos que integraram ambas as instituições em adiante conformariam grupos diferentes.

Alguns anos depois, em 08 de janeiro de 1904, nas instalações da *Academia Nacional de Medicina*, instalou-se o que se chamaria a *Liga Peruana Antituberculosa*. Foram nomeados como presidentes honorários os doutores Manuel C. Bairros e Belisario Sosa. Os médicos Ernesto Odriozola, Leonidas Avendaño e Rómulo Eyzaguirre foram eleitos como Presidente, Vice-Presidente e Secretário respectivamente²¹⁰.

Belisario Sosa e Rómulo Eyzaguirre tinham sido nomeados pela *Junta Internacional Permanente da Luta contra a Tuberculose em América Latina* para constituir a *Liga Peruana contra a Tuberculose*, que teria de secundar eficazmente o trabalho das associações semelhantes de Buenos Aires, Rio de Janeiro, Montevideú, entre outras. Depois da reunião na *Academia Nacional de Medicina* enviaram uma carta às diferentes autoridades da esfera pública e privada com o fim de convocá-los para constituir a mencionada Liga. No entanto, este intento não chegou a ter sucesso. Não houve uma segunda reunião e pouco a pouco o projeto foi abandonado. Nunca esta instituição chegou a ter estatuto e regulamento reconhecidos oficialmente²¹¹.

Em nossa opinião, isto se deveu ao fato de que o espaço no qual foi concebida e inaugurada a *Liga Antituberculosa* no Peru era um espaço que não tinha o suficiente respaldo por tratar-se de uma instituição estritamente política. Neste sentido seu poder de

²¹⁰ “Liga antituberculosa”, 86.

²¹¹ “Lucha contra la tuberculosis”, 25-27.

convocação foi bastante reduzido, não chegando a congregar ao resto da comunidade médica.

Esta razão deveria ser tomada em consideração e somada a outras causas como a falta de recursos, o ainda reduzido desenvolvimento da tisiologia no Peru no início do século XX e a pouca comunicação e intercâmbio de experiências com o trabalho executado por outras Ligas em América e na Europa.

A iniciativa de criar uma Liga no Peru renasceu, em 1913, quando o médico Raúl Rebagliati num artigo publicado em *La Crónica Médica* convocou a classe médica e a população em geral para conformar uma instituição deste tipo no Peru. No entanto, o chamado de Rebagliati não obteve a acolhida necessária²¹².

Finalmente, em 1924, Rebagliati atendeu ao interesse que tinham algumas mulheres, membros da alta sociedade, em oferecer assistência aos enfermos acometidos por tuberculose; muito particularmente aos meninos. É por essa razão que nesse ano foi criada no Peru a *Liga Antituberculosa de Damas*, instituição da qual só contamos com referências sobre a data de sua criação, mas não informações sobre suas ações. Pelas referências que nos conta o médico Neyra Ramírez podemos ter conhecimento que esta instituição teve uma atividade bastante direcionada à prática da puericultura. No entanto, o trabalho desta instituição foi bastante reduzido e durou poucos anos²¹³.

Como modo de conclusão, cremos que a não presença de uma Liga antituberculosa no Peru tenha decorrido da falta de unidade entre os médicos peruanos.

²¹² Rebagliati, “Creación de la Liga Antituberculosa”, 30.

²¹³ Lamentavelmente, os estatutos de criação daquela instituição não se encontram a disposição para consulta na *Biblioteca Nacional do Peru*, duas deles por estar perdidos e o restante por achar-se em condições deploráveis de conservação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar este tema foi fascinante. Teve muitos fatores que explicam este esforço.

Em primeiro lugar, realizar estudos de pós-graduação em Brasil significou uma experiência positiva tanto acadêmica como culturalmente. Isto é, o desafio de dominar uma nova língua foi constante ao longo de todos estes dois anos, sobretudo para a redação final da dissertação.

Por outro lado, a experiência de trabalhar em bibliotecas fora do Peru enriqueceu notavelmente a dissertação. Nunca teríamos tido a oportunidade de desenvolver este tema pesquisando somente no Peru. Conquanto tivemos as fontes a nosso alcance, a leitura inteligente das mesmas recebeu um suporte formidável nos cursos do programa de pós-graduação; especialmente os cursos de *História das Doenças* e *História e Historiografia da Saúde Pública*.

Foi graças a estes cursos que pudemos dar-nos conta que para ter um correto conhecimento das idéias e práticas médicas relacionadas ao combate da tuberculose em Lima e no Rio de Janeiro era necessário realizar uma leitura das pesquisas científicas sobre este tema produzidas na Europa. Portanto, a importância do primeiro capítulo é fundamental, já que sem este o terreno no qual haveríamos de trabalhar teria sido bastante instável.

Os capítulos segundo e terceiro demandaram um esforço de pesquisa bastante alto. Sobretudo no relacionado às fontes sobre o caso peruano, pois ao longo dos cursos e nas conversas com nossos orientadores surgiam novos temas que demandaram a realização de duas viagens a Lima. O esforço foi notável, mas valeu a pena. Com certeza.

Finalmente, o quarto capítulo é fruto do estudo detido nos casos brasileiro e peruano. Sua importância está em que são poucos os estudos que abordaram um enfoque comparativo na área da história da saúde, e particularmente no que concerne à história da tuberculose na América Latina.

BIBLIOGRAFIA

Arquivos e bibliotecas

Brasil – Rio de Janeiro

- ❖ Biblioteca Alfredo Nascimento e Silva da Academia Nacional de Medicina (ANM).
- ❖ Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz (COC).
- ❖ Biblioteca de Manguinhos (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz).

Perú – Lima

- ❖ Biblioteca Central da Pontificia Universidade Católica do Peru (BCPUCP).
- ❖ Biblioteca do Instituto Riva Agüero (IRA - PUCP).
- ❖ Biblioteca de Medicina de San Fernando (BMSF - UNMSM).
- ❖ Sala de Investigações da Biblioteca Nacional de Lima (BNP).

Internet

- ❖ Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Base HISA).
<http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/hisa/index.htm>
- ❖ Coleção Digital Universidade Nacional Mayor de San Marcos.
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/>
- ❖ *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil 1832-1930*.
<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>
- ❖ Scientific Electronic Library Online (SciELO).
<http://www.scielo.org>

Fontes primárias

- Bittencourt, Tânia. *Peste branca - arquitetura branca: os sanatórios de tuberculose no Brasil na primeira metade do século 20*. [Tese de Mestre, Escola de Engenharia de São Carlos]. São Carlos: Universidade de São Paulo; 2000.
- Corvetto, Aníbal. *Formas clínicas de la tuberculosis pulmonar*. [Tesis de Doctor, Facultad de Medicina]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1915.
- Costa, Ernesto Joaquim da Rocha. *Da tuberculose considerada como moléstia infectuosa*. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; 1885.
- Cunha, Edmundo Gastão da. *Da hereditariedade*. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1891.
- D'Oliveira, Álvaro. *Prophylaxia da tuberculose*. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1891.
- Núñez Espinoza, Julio Néstor. *Medicina y tuberculosis en Lima a fines del siglo XIX: el debate médico entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, 1895*. [Tese de Bachiller em História, Faculdade de Letras e Ciências Humanas]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2006.
- Olaechea, Abel S. *Estado actual de los conocimientos relativos a la tuberculosis: Difusión y profilaxia de esta enfermedad en Lima*. [Tesis de Doctor, Facultad de Medicina]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1908.
- Oliveira, Paula Maria de. *Hospital de São Sebastião (1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias*. [Dissertação de mestrado – Programa de Pós-graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ]. Rio de Janeiro: s.n; 2005.

Fontes secundárias

Abel, Emily K. "From exclusion to expulsion: Mexicans and tuberculosis control in Los Angeles, 1914-1940". *Bulletin of the History of Medicine* 2003; 77(4): 823-849.

Abreu, Benicio de; Lucio de Oliveira; Henrique de Sá. "4to Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia. Secção de Medicina. Prophylaxia da tuberculose". *O Brazil-Médico* 1900; 14(33): 297-298.

Ackerknecht, Erwin. "Anticontagionism between 1821 and 1867". *Bulletin of the History of Medicine* 1948; 22: 562-593.

Almeida, Aristides Paz de; Laurênio Lins de Lima. "A tuberculose no Brasil (1950-1970)". *Rev. D.N.T.* 1973; 17(66): 141-154.

Almeida, Marta de. "Círculo aberto: idéias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2006; 13(3): 733-757.

Almenara Butler, Francisco. "Climatoterapia de la tisis pulmonar. Lima en peligro". *La Crónica Médica* 1895; 12(164): 318-325.

Almenara Butler, Francisco, Remigio Errequeta. "Hospital para tuberculosos". *La Crónica Médica* 1895; 12(156): 189-192.

Alvarado, José Teodosio. "Etiología y profilaxis de la tuberculosis en Lima". *La Crónica Médica* 1893; 10(113)(114)(115)(116)(117): 164-169 y 172; 202-206 y 207-212; 240-243; 264-269; 295-301.

- Antunes, José Leopoldo Ferreira; Eliseu Alves Waldman; Mirtes de Moraes. “A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade”. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(2): 367-379.
- Araújo, Achilles Ribeiro de. *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*. Rio de Janeiro: MEC; 1982
- Arias-Schreiber Pezet, Jorge. *La Escuela Médica Peruana 1881-1972*. Lima: Editorial Universitaria; 1972.
- Arias-Stella, Javier. “Anatomía patológica en el Perú. Un enfoque histórico”. *Revista Médica Herediana* 1998; 9(2): 81-83.
- Armus, Diego. “Curas de reposo y destierros voluntarios. Narraciones de tuberculosos en los enclaves serranos de Córdoba”. En: Bongers, Wolfgang; Tanja Olbrich. *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Paidós; 2006: 115-137.
- _____. “El viaje al centro: tísicas, costureritas y milonguitas en Buenos Aires (1910-1940)”. En: Armus, Diego. *Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma; 2002.
- _____. “Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940”. En: Armus, Diego. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005: 65-99.
- _____. “La Cruzada Nacional Antituberculosa de 1935 en Buenos Aires: entre la obsesión del contagio, el consenso y el marketing social”. *Horizontes* 2003; 21: 61-67.

_____. “Milonguitas en Buenos Aires (1910-1940): tango, ascenso social y tuberculosis”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2002; 9(supl): 187-207.

_____. “O discurso da regeneração: Espaço urbano, utopias e tuberculose em Buenos Aires”. *Estudos Historicos* 1995; 8(16): 235-250.

_____. “Queremos a vacina pueyo!!!: incertezas biomédicas, enfermos que protestam e a imprensa - Argentina, 1920-1940”. En: Hochman, Gilberto; Diego Armus. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004: 393-425.

_____. “Tango, gender and tuberculosis in Buenos Aires, 1900-1940”. En: Armus, Diego. *Disease in the history of modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham: Duke University Press; 2003: 101-129.

Auviner, Gabriel; Monique Briulet. “El doctor Dennis Jourdanet: su vida y su obra”. *Gaceta Médica de México* 2004; 140(4): 426-429.

Avendaño, Leonidas. “Apuntes sobre profilaxis de la tuberculosis”. *La Crónica Médica* 1885; (16)(18)(19): 138-140; 227-230; 262-263.

_____. “Tuberculosis pulmonar transmitida por contagio”. *La Crónica Médica* 1887; (11): 170-171.

Azevedo Lima. “Contribuição ao histórico da luta contra a tuberculose no Brazil”. *O Brazil-Médico* 1905; 19(23)(25)(26): 221-224; 243-246; 251-255.

_____. “Da assistência aos doentes nos dispensários. IV Congresso Médico Latino Americano – Rio de Janeiro”. *O Brazil-Médico* 1909; 23(35): 354-357.

Azevedo Sodré, Antonio Augusto de. “A tuberculose no Rio de Janeiro”. *O Brazil-Médico* 1888; 2: 326-327.

_____. “Lucta antituberculosa”. *O Brazil-Médico* 1913; 27(41)(45): 438-445; 487-493.

_____. “Purificação do ar pelo ozono”. *O Brazil-Médico* 1890; 4(34)(35)(39): 273-274; 280-281; 311-313.

_____. “Purificação do ar pelo ozono: Meios de fornecer ar ozonado aos domicílios”. *O Brazil-Médico* 1890; 4(46)(47)(48): 371-372; 377-380; 385-386.

Barata, Rita. “Causalidade e epidemiología”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 1997; 4(1): 31-49.

Barbosa, Plácido. “A propagação e a prophylaxia da tuberculose segundo as doutrinas de Fluegge”. *O Brazil-Médico* 1902; 16(1): 1-5.

_____. “Nosologia e mortalidade da cidade do Rio de Janeiro”. Em: Quinto Congreso Médico Latinoamericano (Sexto Panamericano). *Actas y Trabajos. Sección Quinta: Higiene*. Lima: Imprenta San Martí; 1914. Tomo VIII: 273-332.

_____. “Prophylaxia pratica da tuberculose. V Congresso Médico Latino Americano, Lima”. *O Brazil-Médico* 1913; 27(44): 474-477.

_____. “Sobre a profilaxia da tuberculose. A vida ao ar livre e a cultura física”. *O Brazil-Médico* 1916; 30(9)(10)(11): 65-69, 73-76, 81-85.

Barrios, Manuel C. “Proyecto de un departamento para tuberculosos anexo al Hospital Dos de Mayo”. *La Crónica Médica* 1902; 19(333): 325-326.

Barros Monge, Manuel. “Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias”. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias* 2005; 21: 5-7.

Basadre, Jorge. *Historia de la República del Perú, 1822-1933*. 7ma edición. Lima: Editorial Universitaria; 1983. 11 volúmenes.

Beldarraín Chaple, Enrique. “Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba”. *Revista Cubana de Salud Pública* 1998; 24(2): 97-105.

_____. “Noticias sobre tuberculosis en documentos y publicaciones periódicas y no médicas en Cuba antes de 1840”. *ACIMED* 1999; 7(2): 127-131.

_____. “Tuberculosis: Aportes a la bibliografía cubana hasta finales del siglo XIX”. *ACIMED* 1999; 7(3): 189-193.

Benchimol, Jaime. “Adolpho Lutz: um esboço biográfico”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2003; 10(1): 13-83.

_____. *Pereira Passos: um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, 1992.

Bertolli Filho, Cláudio. “Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2000; 6(3): 493-522.

_____. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

_____. “Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 1996; 3(1): 173-180.

Bittencourt, Tânia. *Arquitetura sanatorial: São José dos Campos*. São José dos Campos: T.M.M. Bittencourt; 1998.

Britto, Nara. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Burga, Manuel, Alberto Flores Galindo. *Apogeo y crisis de la República Aristocrática: oligarquía, aprismo y comunismo en el Perú, 1895-1932*. 5ta edición. Lima: Rikchay; 1991.

Calmon, Pedro. *História do Brasil: Século XX. A República e o Desenvolvimento Nacional*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio; 1971. Tomo VI.

Candido, João. “A superalimentação na tuberculose pulmonar”. *O Brazil-Médico* 1901; 15(21): 201-205.

_____. “A tuberculose pulmonar”. *O Brazil-Médico* 1901; 15(23): 221-223.

Canguilhem, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense – Universitária; 1978.

Carbonetti, Adrián. “Beneficencia y tuberculosis. Tensiones y conflictos en torno a la formación del sistema asistencial en la ciudad de Córdoba: 1915-1947”. En: Alvarez, Adriana; Irene Molinari; Daniel Reynoso. *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX-XX*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata; 2004: 161-185.

_____. “La formación de la tisiología como especialidad médica en Córdoba (Argentina): 1920-1950”. *Horizontes* 2003; 21: 105-116.

_____. “La tuberculosis en la literatura argentina: tres ejemplos a través de la novela el cuento y la poesía”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2000; 6(3): 479-492.

_____. “Tuberculosis y literatura en Córdoba en la primera mitad del XX”. *Cuadernos de Historia* 2002; (5): 7-31.

Carrillo, Ana María. “Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México”. *Gaceta Médica de México* 2001; 137(4): 362-370.

“Casa de salud de Tamboraque”. *Gaceta de los Hospitales* 1904; 1(7): 83.

Colmenares Suárez, Luis A. “Andrés Herrera Vegas y la lucha antituberculosa: un hito en la historia de la salud pública en Venezuela”. *Gaceta Médica de Caracas* 2006; 114(3): 214-219.

“Contra la tuberculosis: medidas adoptadas por la Municipalidad de Lima para combatir la tuberculosis pulmonar”. *La Crónica Médica* 1900; 17(267): 33-35.

Contreras, Carlos, Marcos Cueto. *Historia del Perú contemporáneo: desde las luchas por la independencia hasta el presente*. Lima: IEP; 2004.

Corbin, Alain. *Saberes e odores: O olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove*. São Paulo: Companhia das Letras; 1987.

Corvetto, Aníbal. “Fundamentos de la clasificación que propone Bard para agrupar las diferentes formas de la tuberculosis pulmonar”. *La Crónica Médica* 1921; 38(695): 133-139.

_____. “Método de Forlanini y tuberculosis pulmonar”. *La Crónica Médica* 1916; 33(631): 20-26.

- Costa, Maria Clélia Lustosa. “Teorías médicas e gestão urbana: a seca de 1877-79 em Fortaleza”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2004; 11(1): 57-74.
- Costa, Renato da Gama-Rosa, Gisele Sanglard. “Oswaldo Cruz e a lei de saúde pública na França”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2006; 13(2): 493-507.
- Cruz, Oswaldo. “Prophylaxia da tuberculose”. *O Brazil-Médico* 1907; 21(25): 241-244.
- “Cuadro estadístico de la mortalidad y morbosidad del Hospital Dos de Mayo correspondiente al año 1907”. *Gaceta de los Hospitales* 1908; 5(108): 112-115.
- Cueto, Marcos. “Andean biology in Peru. Scientific styles on the periphery”. *Isis* 1989; 80(304): 640-658.
- _____. *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP; 1997.
- _____. *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Lima: Grade; 1989.
- Czeresnia, Dina. “Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 1997; 4(1): 75-94.
- Chávez Villarreal, Melchor. “Estudio sobre la influencia del clima en la tuberculosis pulmonar”. *La Crónica Médica* 1885; (23)(24): 459-462; 486-491.
- D’Ornellas, Antonio Evaristo de. “La influencia del clima de los Andes de 11° a 13° de latitud Sud sobre la Tisis”. *Gaceta Médica de Lima* 1875, (17)(20)(21)(25)(26): 136-139; 160-163; 171-172; 202-204; 212.

Del Arroyo, Ángel Antônio Gómez. “Esboço histórico da tisiologia no Rio Grande do Sul”. En: Universidade do Rio Grande do Sul. *Anais do XI Congresso Nacional de Tuberculose e VI Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas*. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 1961: 907-913.

Despaigne, Demetrio E. *La lucha contra la tuberculosis en Cuba*. La Habana: Consejo Nacional de Tuberculosis; 1944.

Diccionario de Ciencias Médicas Dorland. 7ma edición. Barcelona: El Ateneo; 1987.

Diretoria Geral de Saúde Pública. “Conselhos contra a tuberculose”. *O Brazil-Médico* 1903; 17(22): 217.

Dulanto, M.; J. B. Agnoli. “Profilaxia de la tuberculosis: Informe de la sub-comisión encargada del estudio de la profilaxia antituberculosa de las colectividades”. *La Crónica Médica* 1902; 19(325): 193-211.

Dulanto, M.; Ernesto Odriozola; Leonidas Avendaño. “Sanatorio de Tamboraque: Informe de la comisión técnica nombrada por la Facultad de Medicina a solicitud de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima”. *La Crónica Médica* 1903; 20(337)(338): 3-16; 17-29.

El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica. Barcelona: Doyma Libros; 1994.

Elguera, Federico. *Guerra a la Tuberculosis*. Lima: Librería e Imprenta Gil; 1918.

Escomel, Edmundo. “Hospitalización de los tuberculosos”. *La Crónica Médica* 1904; 21(371): 157-166.

_____. “La tuberculosis y la defensa antituberculosa”. *La Crónica Médica* 1903; 20(358): 337-346.

- Estrella Ruiz, J. A. "La Sanidad Peruana en 50 años, apuntes para su historia. *Salud y Bienestar Social* 1953; 2(6): 23-29.
- Evaristo San Cristóbal. "Centenario del Doctor Ignacio de la Puente. Una vida consagrada al servicio de la ciencia". *El Comercio* 1946; Julio 31: 2 y 7.
- Eyzaguirre, Rómulo. "Hospitalización de los tuberculosos". *La Crónica Médica* 1897; 14(212): 339-348.
- _____. "Jauja y Tamboraque". *La Crónica Médica* 1898; 15(217)(218)(219)(221): 1-6; 36-42; 43-50; 77-83.
- _____. "La tuberculosis pulmonar en Lima". *La Crónica Médica* 1907; 24(449): 257-261.
- _____. "La tuberculosis pulmonar en Lima. Tratamiento higiénico sanatoria". *La Crónica Médica* 1896-1897; 13(189)(190)(191)(192)(193)(194)(195)(196): 321-323; 337-342; 353-359; 369-374; 1-10; 17-25; 33-43; 51-58.
- _____. "Sanatorium". *La Crónica Médica* 1902; 19(315): 33-38.
- Fajardo, F. "O bacilo da tuberculose nas enfermarias de Clinica". *O Brazil-Médico* 1893; 7(3)(20): 22-23; 159-161.
- Farga C, Victorino. "La conquista de la tuberculosis". *Rev. chil. enferm. respir.* 2004; 20(2): 101-108.
- Fernández, Manuel Rosa. "Profilaxis de la tisis". *Gaceta Médica de Lima* 1863; (164)(165)(166)(167): 79-82; 93-95; 103-108; 117-119.

- Ferreira, José Carvalho. “Cinqüentenário do BCG”. *Brasília méd* 1971; 7(2): 53-55.
- Ferrer Leyba, Gloria. “Hospital General del Sur de Maracaibo. Una institución en la historia de la ciencia en Venezuela”. En: Vessuri, Hebe. *Instituciones científicas en la Historia de la Ciencia en Venezuela*. Caracas: Acta Científica Venezolana; 1987: 345-368.
- Foucault, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense – Universitária; 1977.
- _____. “O nascimento do hospital”. Em: Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. 13ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998: 99-111.
- Freitas, Cypriano de Souza. “Da hereditariedade nas moléstias infectuosas”. *O Brazil-Médico* 1887; 1(3)(4)(5)(7)(9)(10)(13)(18)(19)(21): 17-18; 25-26; 34-35; 49-52; 65-66; 73-76; 97-100; 137-141; 143-144; 157-159.
- _____. “Liga brasileira contra a tuberculose”. *O Brazil-Médico* 1900; 14(37): 332-333.
- Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. *Memória da tuberculose: acervo de depoimentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1993.
- García Frías, José E. “La tuberculosis en los antiguos peruanos”. *Actualidad Médica Peruana* 1940; Febrero: 274-291.
- Gill, Lorena Almeida. *O mal do século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930*. Pelotas: Educat; 2007.
- Godinho, Victor. *Tuberculose: Contágio, curabilidade, tratamento hygienico e prophylaxia*. São Paulo: Escola Typ. Salesiana; 1899.

González Ochoa, Edilberto; Susana Barroto Gutiérrez; Luisa Armas Pérez; Clara Díaz Bacallao; Elena López Serrano. “Mortalidad por tuberculosis en Cuba, 1902-1997”. *Revista Cubana de Medicina Tropical* 2003; 55(1): 5-13.

Gonçalves, Helen. “A tuberculose ao longo dos tempos”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2000; 7(2): 305-327.

Gouvêa, Hilário de. “O estado da luta contra a tuberculose no Brazil”. *O Brazil-Médico* 1902; 16(44): 438-439.

Graña Aramburú, Alejandro. “Daniel A. Carrión: heroísmo y controversia”. *Acta Médica Peruana* 2007; 24(3): 245-248.

Graña, Francisco. “El nuevo servicio para tuberculosos del Hospital Dos de Mayo”. *Gaceta de los Hospitales* 1907; 4(96): 260-264.

Idrovo, Alvaro Javier. “Raíces históricas, sociales y epidemiológicas de la tuberculosis en Bogotá, Colombia”. *Biomédica* 2004; 24(4): 356-365.

Klarén, Peter F. *Nación y sociedad en la historia del Perú*. Lima: IEP; 2004.

La Puente, Ignacio. “Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar. Lima en peligro”. *La Crónica Médica* 1895; 12(160): 249-253.

_____. “Climatoterapia de la tisis pulmonar. Lima en peligro”. *La Crónica Médica* 1895; 12(165): 331-345.

Lastres, Juan B. *Historia de la Medicina Peruana*. Lima: Imprenta Santa Maria; 1951.

Latour, Bruno. "Pasteur e Pouchet: heterogéne da história das ciências". Em: Serres, Michel, ed. *Elementos para uma historia das ciências*. Lisboa: Terramar; 1996: 49-79.

Laval R., Enrique. "Sobre la transmisión de la tuberculosis y los primeros ensayos del BCG". *Revista chilena de infectología* 2003; 20(suppl.): 51-53.

Lavorería, Daniel E., Jorge Estrella Ruiz. *Prontuario de legislación sanitaria del Perú: recopilación de las leyes, decretos y demás disposiciones relativas a cuestiones sanitarias*. Lima: Imprenta La Equitativa; 1928. Tomo I.

Ledermann, Walter. "Franceses y alemanes tras la etiología de la tuberculosis". *Revista chilena de infectología* 2003; 20(suppl.): 43-45.

_____. "La tuberculosis antes del descubrimiento de Koch". *Revista chilena de infectología* 2003; 20(suppl.): 46-47.

_____. "La tuberculosis después del descubrimiento de Koch". *Revista chilena de infectología* 2003; 20(suppl.): 48-50.

"Liga antituberculosa". *Gaceta de los Hospitales* 1904; 1(8): 86.

Liga Brasileira contra a Tuberculose. "Conselhos ao publico". *O Brazil-Médico* 1902; 16(14): 135-136.

Lombardi, Guido P.; Uriel García Cáceres. "Multisystemic tuberculosis in a pre-columbian peruvian mummy: four diagnostic levels and a paleoepidemiological hypothesis". *Chungará* 2000; 32(1): 55-60.

"Lucha contra la tuberculosis". *Gaceta de los Hospitales* 1904; 1(3): 25-27.

- Lugones Botell, Miguel; Marieta Ramírez Bermúdez; Luis Pichs García; Emilia Miyar Pieiga. “Apuntes históricos sobre la epidemiología, la clínica y la terapéutica de la tuberculosis en el mundo”. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 2007; 45(2): 1-8.
- Maldonado, Héctor; Mario Hernández. “Memorias de un sanatorio antituberculoso”. *Biomédica* 2004; 24(suppl.1): 27-33.
- Mancuso, Lara. A comparação no estudo da história da América Latina. *Projeto História* 2005; (31): 259-275.
- Matto, David. “Tuberculosis: lección dada en la Cátedra de Bacteriología de la Facultad de Medicina”. *La Crónica Médica* 1892; 9(106): 322-326.
- Merkel, Felipe. “La tuberculosis en el Ejército Nacional”. *La Crónica Médica* 1903; 20(349)(350): 193-202; 209-222.
- Meyer, Carlos. “La atmósfera y el clima de los Andes”. *Gaceta Médica de Lima* 1864; (178)(179): 252; 260-263.
- Montenegro, Tulo Hostílio. *Tuberculose e literatura: notas de pesquisa*. Rio de Janeiro: A Casa do Livro; 1971.
- Morás, Luis Eduardo. “Liga Uruguay contra la tuberculosis: desgarrando las tinieblas de un mundo desconocido”. En: Morás, Luis Eduardo. *De la tierra purpúrea al laboratorio social: reformas y proceso civilizatorio en el Uruguay (1870-1917)*. Montevideo: Banda Oriental; 2000: 139-150.
- Muñiz, Manuel A. “Hospitalización de los tuberculosos”. *La Crónica Médica* 1897; 14(198): 86-89.

Murra, John V. “Los límites y las limitaciones del archipiélago vertical en los Andes”.
Em: Murra, John. *El mundo andino: población, medio ambiente y economía*. Lima:
IEP; 2002: 126-131.

Náquira Velarde, César. “Edmundo Escomel: 1880-1959”. *Acta Médica Peruana* 2006;
23(3): 185-192.

Nascimento, Dilene Raimundo do. “A doença e o Poder Público ou o poder das doenças”.
Revista de História Regional 1997; 2(1): 173-186.

_____. *Fundação Ataulpho de Paiva: liga brasileira contra a tuberculose: um século de
luta*. Rio de Janeiro: Quadratim; 2002.

Neyra Ramírez, José. *Imágenes Históricas de la Medicina Peruana*. Lima: Fondo
Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999.

Olaechea, Abel S. “Informe del doctor Olaechea acerca de la lucha contra la tuberculosis”.
La Crónica Médica 1911; 28(549): 299-305.

Paz Soldán, Carlos Enrique. *Decanos, maestros y médicos de la Facultad de Medicina de
Lima*. Lima: Editorial San Marcos; 1957.

Peixoto, Afrânio. “Defesa social contra a tuberculose”. *O Brazil-Médico* 1904; 18(34):
345-347.

Peñaloza Jarrín, José. “Daniel A. Carrión, José Casimiro Ulloa y Evaristo M. Chávez:
paradigmas de la medicina”. *Diagnóstico* 2000; 39(4): 59-63.

Picon, Pedro Dornelles; Denise Soares Bastos; Paulo Garcia. “Do isolamento ao sanatório:
diferentes práticas e serviços em um espaço de saúde pública de Porto Alegre - de
1909 a 2001”. *Boletim da Saúde* 1999-2000; 14(1): 133-141.

Piérola, Luis Octavio de. "Profilaxia de la tuberculosis en el ejército". *La Crónica Médica* 1905; 22(399)(400): 224-232; 237-240.

Porto, Ângela. "A vida inteira que podia ter sido e que não foi: trajetória de um poeta tísico". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2000; 6(3): 523-550.

Racine, René. "Evolucion de la vacunacion por el B.C.G. en el Uruguay". *Hoja fisiologica* 1963; 23(4): 222-229.

Ramírez Leyva, Edelmira. "La tisis en la narrativa del Porfiriato". *Analecta Historico Medica* 2004; 22(2): 313-325.

Reber, Vera Blinn. "Blood, coughs, and fever: tuberculosis and the working class of Buenos Aires, Argentina, 1885-1915". *Social History of Medicine* 1999; 12(1): 73-100.

Rebagliati, Raúl. "Creación de la Liga Antituberculosa". *La Crónica Médica* 1913; 30(596): 30.

Ribeiro, Lourival. *A luta contra a tuberculose no Brasil: apontamentos para sua história*. Rio de Janeiro: s.n.; 1956.

_____. *Conversa de tisiólogo*. Rio de Janeiro: Sintra; 1959.

_____. *Fundação Aaulfo de Paiva. Liga Brasileira Contra a Tuberculose: notas e documentos para sua história*. Rio de Janeiro: s.n.; 1985.

_____. *Tisiólogos ilustres*. Rio de Janeiro: Sul Americana; 1955.

- Rios, José A. de los. “Contagiosidad de la tuberculosis por medio del aire respirado”. *La Crónica Médica* 1887; (11): 137-138.
- Rocha, Ismael da. “Sanatório para tuberculosos”. *O Brazil-Médico* 1901; 15(26): 258-259.
- Rocha Faria. “A lucta contra a tuberculose”. *O Brazil-Médico* 1901; 15(48): 479-481.
- Rodrigues de Britto, José Pinto. “Utensílios contra a tuberculose”. *O Brazil-Médico* 1905; 19(27): 265-270.
- Rosas, Francisco. “Convalescencia de los tísicos”. *Gaceta Médica de Lima* 1858-59; (55)(56): 97-98; 109.
- Ruffino Netto, Antonio; José Carlos Pereira. “Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso Rio de Janeiro”. *Saúde em Debate* 1981; 12: 27-34.
- Ruiz Zevallos, Augusto. “Medicina mental y modernización: Lima, 1850-1900”. En: Panfichi H., Aldo, Felipe Portocarrero S, eds. *Mundos interiores: Lima 1850-1950*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; 1998.
- Saítta, Sylvia. “Costureritas y artistas pobres: algunas variaciones sobre el mito romántico de la tuberculosis en la literatura argentina”. En: Bongers, Wolfgang; Tanja Olbrich. *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Paidós; 2006: 95-114.
- Sanglard, Gisele, Renato da Gama-Rosa Costa. “Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-31)”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2004; 11(1): 107-141.
- Sée, Germain. “Diagnóstico de las tisis pulmonares por la presencia de los bacillos en los esputos”. *La Crónica Médica* 1884; 1(1)(2): 20-24; 54-56.

Seidl, Carlos. “Do isolamento nosocomial: contribuição para o estudo da prophylaxia defensiva no Rio de Janeiro”. *Annaes da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro* 1897; 63: 27-126.

_____. “Lucta antituberculosa”. *O Brazil-Médico* 1913; 27(47): 513-518.

_____. “Novo systema de ventilação de enfermarias adoptado no hospital de S. Sebastião”. *O Brazil-Médico* 1894; 8(44): 345-346.

Sheppard, Dalila de Sousa. “A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2001; 8(1): 172-192.

Silva, Maria Elisa Lemos Nunes da. “Uma cruzada contra a tuberculose em Salvador: 1930 a 1950”. *Clio* 2007; 2: 131-154.

Smith, Archibaldo. “Geografía de las enfermedades en los climas del Perú”. *Gaceta Médica de Lima* 1858; (41)(42)(43)(44)(45): 202-203; 216-219; 232-234; 248-249; 261-265.

Soares, Pedro Paulo. “A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 1994; 1(1): 127-134.

Sociedade de Medicina e Cirurgia. “O bacilo da tuberculose nas enfermarias de clinica”. *O Brazil-Médico* 1893; 7(7): 60-61.

_____. “Purificação do ar pelo ozone: fornecimento de ar ozonado a domicilio”. *O Brazil-Médico* 1891; 5(1)(2): 6-7; 17-20.

Sotomayor, Hugo; Javier Burgos; Magnolia Arango. “Demostración de tuberculosis en una momia prehispánica colombiana por la ribotipificación del ADN de *Mycobacterium tuberculosis*”. *Biomédica* 2004; 24(supl.1): 18-26.

Thorp, Rosemary, Geoffrey Bertram. *Perú 1890-1977: crecimiento y política en una economía abierta*. Lima: Mosca Azul; 1985.

“Tratamento da tuberculose. Comissão que vá até Berlim para acompanhar as experiências de Koch: Domingos José Freire, Chapot Prevost, Virgilio Ottoni e Ismael da Rocha”. *O Brazil-Médico* 1890; 4(44)(48): 356; 388.

Ulloa, José Casimiro. “Del clima de Jauja y su influencia sobre la ptisis”. *Gaceta Médica de Lima* 1860; (84): 443-444.

García Cáceres, Uriel. “Historiografía de la Enfermedad de Carrión”. *Folia Dermatológica Peruana* 1998; 9(4): 47-54.

“V Congreso Médico Latino Americano. VI Pan Americano”. *La Crónica Médica* 1913; 30(597): 451-456.

_____. *La Crónica Médica* 1913; 30(598): 457-462.

Valdizán, Hermilio. *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: Talleres Gráficos del Asilo Víctor Larco Herrera; 1923. 3v.

_____. *La Facultad de Medicina de Lima*. Lima: Imprenta Americana; 1925.

Varela, Cecilia. “Historia de la lucha antituberculosa en Honduras”. *Revista Médica de Honduras* 2005; 73 (Suplemento No 2): 66-80.

Vargas Machuca, Ramón. “La tuberculosis en el Peru y en el mundo”. *Diagnóstico* 1985; 15(4): 92-104.

_____. “Labor del Dispensario y la Influencia en las nuevas Terapéuticas Antituberculosas y sobre su Organización”. *Revista Peruana de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias* 1956; 16(42): 85-106.

_____. “Magnitud del problema de la tuberculosis: factores sociales determinantes”. *Diagnóstico* 1980; 5(2): 62-76.

Zapater, José María. “Influencia del clima del valle de Jauja en la enfermedad de la tisis pulmonar tuberculosa”. *Gaceta Médica de Lima* 1876; (19)(20)(21)(22): 145-149; 157-159; 163-166; 169-174.

ANEXO

QUADRO CRONOLÓGICO COMPARATIVO

	EUROPA	LIMA	RIO DE JANEIRO
1810-1820	<p>1810. Gaspard Laurent Bayle define a tuberculose como um processo mórbido progressivo.</p> <p>1819. René Laë nec postula a teoria unicista da tuberculose.</p>	1811. Inauguração do Real Colégio de Medicina e Cirurgia de San Fernando.	
1821-1830	1828. François Broussais estabelece a doutrina da irritação.	1821. O Real Colégio de Medicina e Cirurgia de San Fernando passa a ser chamado Colégio da Independência.	1829. Criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro.
1831-1840			1835. A Sociedade de Medicina passa a ser chamada Academia Imperial de Medicina.
1841-1850	<p>1847. Rudolf Virchow e Benno Reinhardt admitem a dualidade da tuberculose.</p> <p>1854. Hermann Brehmer cria o sanatório de Gorberdorf.</p>	1856. O Colégio da Independência passa ser a Faculdade de Medicina incorporada à Universidade San Marcos.	1850. Criação da Junta de Higiene Pública. Unificou os serviços sanitários municipais do Império.
1851-1860			
1861-1870	1865. Jean-Antoine Villemin sustenta que a tuberculose é uma infecção específica e sua causa um agente inoculável.		
1871-1880	<p>1872. Jacques Grancher consolida a teoria unicista de Laë nec.</p> <p>1875. Dennis Jourdanet postula a teoria da dieta respiratória.</p> <p>1876. Tappenier realiza experimentos inalatórios. Comprova a teoria do contágio pelo ar.</p> <p>1976. Peter Dettweiler inaugura o sanatório Falkestein.</p> <p>1878. Julius Conheim realiza experimentos que comprovam a tese de Villemin.</p>	1875. Inauguração do Hospital Dos de Mayo.	
1881-1890	1882. Robert Koch identifica o bacilo tuberculoso.	1884. Fundação da Academia Livre de Medicina.	1884. Inauguração do Hospital de Cascadura.

	<p>1883. No Congresso Internacional de Medicina em Bruxelas se discutiu o contágio da tuberculose por meio do consumo de carnes provenientes de animais tuberculosos.</p> <p>1884. No Congresso de Higiene de La Haya de 1884 se proibiu o consumo de carne proveniente de animais atacados de tuberculose.</p> <p>1885. No Congresso de Veterinária de Vierna Arloing recomenda que o consumo de carnes, inclusive de boa aparência, proveniente de animais tuberculosos, devia ser proibida.</p> <p>1887. Criação do sanatório de Davos na Suíça.</p> <p>1887. Robert Philip cria o primeiro dispensário na Escócia.</p> <p>1888. Carlo Forlanini cria o pneumotórax artificial.</p> <p>1890. Robert Koch comunicou o achado da tuberculina.</p>	<p>1885. Leonidas Avendaño compartilha a tese de que a tuberculose é uma doença contagiosa.</p> <p>1885. Melchor Chávez Villarreal defende a teoria da dieta respiratória.</p> <p>1888. A Academia Livre de Medicina passa a ser chamada de Academia Nacional de Medicina.</p>	<p>1886. A Junta Central de Higiene Pública é transformada em Inspectoria Geral de Higiene.</p> <p>1886. Criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.</p> <p>1889. A Academia Imperial de Medicina passa a ser conhecida como Academia Nacional de Medicina.</p> <p>1890. Criação da Inspectoria Geral de Higiene.</p>
1891-1900	<p>1895. Maragliano emprega seu soro antituberculoso.</p> <p>1896. Konrad Röntgen descobre os raios x.</p> <p>1897. Carl George Flügge sustenta que a transmissão da tuberculose se faz por intermédio das gotas minúsculas de saliva que lançam os tuberculosos ao tossir, espirrar ou falar em voz alta.</p>	<p>1895. Polêmica entre Francisco Almenara Butler e Ignacio La Puente Requena.</p> <p>1896. Criação do Ministério de Fomento e Obras Públicas.</p> <p>1897. O médico Constantino Carvalho traz a primeira equipe de raios x.</p> <p>1900. O governo promoveu a formação de uma comissão integrada pelos médicos Belisario Sosa, Martín Dulanto e David Matto. O relatório desta equipe de trabalho se inclinou a favor da implementação de sanatórios marítimos e não de altura no</p>	<p>1897. Criação da Directoria Geral de Saúde Pública.</p> <p>1899. IV Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia.</p> <p>1900. Fundação da Liga Brasileira Contra a Tuberculose.</p> <p>1900. Funcionamento do Instituto Soroterápico Federal na fazenda de Manguinhos.</p>

		Peru para o tratamento da tuberculose.	
1901-1910	<p>1901. Koch e Schutz comunicam no Congresso Internacional da Tuberculose em Londres que a tuberculose humana difere da tuberculose bovina.</p> <p>1901. Edmond Nocard, no Congresso Internacional da Tuberculose em Londres, defendeu a tese contrária à formulada por Koch e Schutz.</p> <p>1903. Emil Adolf von Behring comunicou que a tuberculose das pessoas adultas se devia quase sempre a uma infecção bacilar do intestino contraída durante a primeira infância.</p> <p>1905. Saturnino Arloing no Congresso Internacional da Tuberculose reunido em Paris, opôs-se à tese dualista defendida por Koch e Schutz.</p> <p>1906. Léon Calmette e Camille Guèrin descobriram a vacina BCG.</p>	<p>1902. Comissão da Faculdade de Medicina, a pedido da Sociedade de Beneficência Pública de Lima, para estabelecer um sanatório no Peru.</p> <p>1902. Eduardo Lavorería apresentou o projeto de construção de pavilhões para tuberculosos no Hospital Dos de Mayo.</p> <p>1903. Criação da Direção de Salubridade Pública.</p> <p>1904. Inauguração da Liga Peruana Antituberculosa.</p> <p>1904. Criação da Casa de Saúde em Tamboraque.</p> <p>1906. Inauguração do primeiro pavilhão para tuberculosos no Hospital Dos de Mayo.</p> <p>1908. Aníbal Corvetto assume a direção da Sala Santa Rosa no Hospital Dos de Mayo.</p>	<p>1902. Criação do Primeiro dispensário da Liga Brasileira Contra a Tuberculose.</p> <p>1907. O dispensário da Liga adotou o nome de Dispensário Azevedo Lima.</p>
1911-1920	<p>1911. Os estudos da Comissão Real Inglesa confirmam a doutrina da unidade do germe da tuberculose em humanos e animais.</p> <p>1912. No Congresso Internacional da Tuberculose celebrado em Roma, o pneumotórax artificial foi oficialmente reconhecido como uma ferramenta terapêutica.</p>	<p>1913. V Congresso Médico Latinoamericano e VI Panamericano.</p> <p>1916. Criação do Dispensário Juan M. Byron.</p>	<p>1911. Criação do dispensário Viscondessa de Moraes.</p> <p>1912. Carlos Seidl assume a Directoria Geral de Saúde Pública.</p> <p>1912. Reativação do Hospital Paula Candido.</p> <p>1913. Início do Serviço de Assistência Domociliaria da Liga.</p> <p>1914. Criação de quatro pavilhões para tuberculosos no Hospital São Sebastião.</p>
1921-1930		<p>1922. Criação do Sanatório Domingo Olavegoya em Jauja.</p> <p>1922. Criação da Liga Antituberculosa de Damas.</p>	<p>1920. Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.</p> <p>1920. Criação da Inspectoría de Profilaxia da Tuberculose. Seu primeiro diretor foi Plácido Barbosa.</p>

